

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

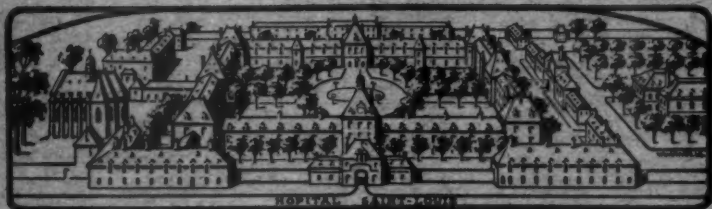
SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROcq (Paris). — J. DARIER (Paris).
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).
J. NICOLAS (Lyon). — R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris)

et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
139, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

CE NUMÉRO CONTIENT LE TITRE ET LA TABLE DU TOME I

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au **D^r Paul RAVAUT**, Rédacteur en Chef,
17, rue Ballu, Paris IX^e. (Téléph. : Gutenberg 04.92).

Prix de l'abonnement pour 1921 (12 numéros à paraître)

France : 40 fr. ; Étranger : 45 fr.

Le numéro : 4 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux *Annales de Dermatologie* donne droit au service gratuit du
Bulletin de la Société de Dermatologie

SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN

rafraîchissante antiprurigineuse

50 0/0 d'hydrolats

SAPO-CADE

Huile de cade vraie et Sapolan

Séborrhées, Impétigo,
Pecorialis, Prurits,
Eczémas,
Lichens.

SAPOLAN
SPÉCIFIQUE DES PRURITS-ECZÉMAS, ETC.

LAIT
90 0/0 d'eau
CONTRE ROUGEURS
ET DERMATITES

SAVON-POUDRE

LE SAPOLAN s'emploie PUR
ou comme EXCIPIENT, en pommades
ou crèmes, il se fait NOIR ou BLANC

Prescrit avec succès par les *Profrases*,
Spiegler, *Kreibich*, *Kaposi*,

Lassar, *Unna* et dans les hôpitaux de Paris et de province.

ECHANTILLONS. VENTE EN GROS. CORRESPONDANCE : CAVAILLÈS

34, rue de TURIN à PARIS

Détail : Pharmacie, 9, rue 4-Septembre, Paris et Phila

HÉTÉROLYSINE

Préparé antiparasitaire en CAPSULES
BLENNORRAGIE-GOUTTE MILITAIRE
SÉROSITÉ URÉTRALE et VAGINALE
3 à 5 capsules par jour.

LABORATOIRE DE BIOTHÉRAPIE OLIVIERO
27, Rue Drouot-Rodière, PARIS

SUPPOSITOIRES laxatifs de L. PACHAUT

à la Glycérine et à l'Huile de Palma Christi. — Forme spéciale permettant l'introduction plus facile et
la pénétration plus profonde. — EFFET RAPIDE et SÛR. — EN VENTE dans toutes les PHARMACIES.



Chet,

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UNE FORME ERYTHRODERMIQUE DU LYMPHOGRANULOME BÉNIN

Par le Dr JÖRGEN SCHAUMANN (Stockholm)

Les manifestations cutanées du lymphogranulome bénin décrites jusqu'à ce jour ont toutes revêtu la morphologie de tumeurs lupoides infiltrant à un degré variable la peau et laissant des cicatrices à leur suite. Dans une observation isolée, la maladie se révélait par un prurigo qui, seul, la représentait sur la peau pendant une série d'années et, plus tard, en combinaison avec des tumeurs lupoides (1).

Or, le lymphogranulome bénin peut se présenter aussi, je vais le montrer, sous forme d'une sorte d'érythrodermie en taches et en nappes, évoluant plus rapidement et ayant une plus courte durée d'existence que les tumeurs et disparaissant sans laisser après elle de trace cicatricielle.

OBSERVATION

M. Auguste C., 36 ans, employé, qui m'est adressé par mon excellent ami, M. le Dr Afzelius.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pneumonie ; mère en vie, bien portante. Quatre frères et une sœur en bonne santé. Deux sœurs ont succombé, « tuberculeuses pulmonaires » croit-il, « l'une infectée par l'autre qu'elle soignait pendant la maladie », lui a-t-on raconté.

Antécédents personnels. — Comme enfant le sujet était potelé et parfaitement bien portant. A l'âge de 15 ans, il eut pendant trois semaines « un catarrhe bronchique ». Durant son service militaire, il augmenta en poids et se porta à merveille.

(1) Ce prurigo, ayant débuté en même temps que les tuméfactions digitales il y a dix-huit ans et ayant constitué avec elles les seules manifestations visibles de la maladie durant cinq ans, persiste encore mais, de même que les tumeurs faciales et digitales, il s'est atténué un peu dans le courant de ces dernières années (*Annales de Dermatologie*, janvier 1917, p. 358, Observation II).

A l'âge de 24 ans, il fut incommodé pendant diverses périodes par une toux sèche, qui disparut spontanément à la suite d'un séjour aux eaux et dont il n'a plus souffert depuis lors.

La maladie cutanée actuelle remonte à 1914. Son coiffeur lui ayant lavé les cheveux et fait un brossage très énergique, il se produisit peu de temps après une « rougeur » de la peau des tempes dans l'enceinte de la chevelure. L'application de diverses lotions n'améliora pas cette affection cutanée, qui au contraire augmenta lentement.

Depuis le mois de février 1917, le malade a vu apparaître, lentement, au niveau des membres inférieurs, des taches rosées qui, s'étendant peu à peu, ont fini par confluer de façon à former de vastes nappes irrégulières. Ayant débuté dans les régions malléolaires, ces taches ont évolué en direction ascendante, de telle sorte que celles des cuisses, qui sont les plus récentes, ne datent que d'un mois à peu près.

Le malade n'avait été atteint, jusqu'en 1914, d'aucune éruption. Le cuir chevelu a été indemne de pellicules.

Etat en mai-juin 1917. — Le malade est d'une haute stature, bien musclé et fortement constitué. L'état général est excellent. Poids 75 kilogrammes.

Dans les deux régions temporales, on note la présence de plaques légèrement saillantes, nettement limitées et de contour irrégulier. Elles siègent presque totalement dans l'enceinte de la chevelure, n'empiétant que très peu sur la peau glabre, et présentent environ 4 à 5 centimètres de large sur 8 à 9 centimètres en hauteur. La coloration est jaunâtre, la surface est lisse et ce n'est qu'à l'aide du grattage qu'on met en évidence une très fine desquamation pityriasique. A la lame de verre et même directement, ces plaques semblent être constituées par des aggrégats de grains jaunâtres, donnant l'apparence de lupomes, mais sans la mollesse caractéristique à la piqure. Ces éléments lupoides s'observent surtout au voisinage de la périphérie des plaques, s'étalant souvent en cercle ou demi-cercle autour d'un centre plutôt livide, parfois en voie d'atrophie.

Des lésions analogues à celles des tempes se trouvent dans les deux régions rétro-auriculaires où, sous forme de larges bandes, elles s'étendent immédiatement en dedans de la limite du cuir chevelu, et dans le vertex sous forme d'une plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs. L'affection n'ayant nulle part causé de chute des cheveux, la chevelure est absolument indemne. Le cuir chevelu ne présente aucune trace de séborrhée, ni de pityriasis.

Sur la joue gauche, on note la présence d'un grain rouge-jaunâtre du volume d'un pois et au niveau du côté gauche du cou, trois lésions semblables.

L'indolence des lésions est absolue; elles ne sont le siège d'aucuns troubles subjectifs.

Au niveau des deux jambes on trouve, symétriquement disposées, de vastes nappes rosées, irrégulières et sinueuses de contours, assez nettement délimitées et très superficielles. Occupant de grandes surfa-

ces, elles sont étendues à la presque totalité de la face antérieure des jambes, continues par endroits mais encerclant ça et là des îlots irréguliers de peau saine. Au niveau des mollets, les surfaces envahies sont moins étendues, mais forment même ici des figures irrégulières, géographiques (fig. 1).

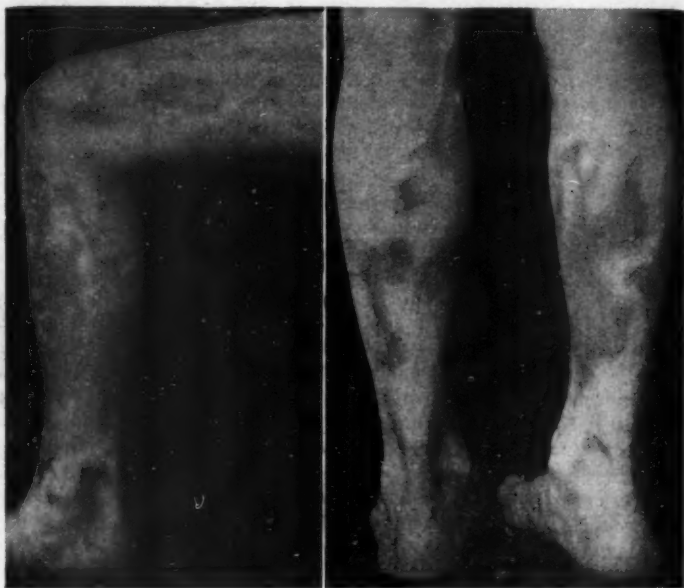


Fig. 1 — Etat en juin 1917.

La couleur est d'un rouge pâle uniforme, tirant un peu sur le violacé dans les parties déclives. Si l'on fait disparaître l'hyperémie par la pression du doigt, il persiste une légère teinte jaunâtre diffuse. Il existe parfois une tendance à décoloration centrale, mais si en quelques points la rougeur paraît plus vive au niveau des bords de manière à dessiner des anneaux et des lignes serpentineuses, ce phénomène est peu accentué.

Contrairement à ce qu'on observe sur les plaques lupoldes de la tête, où la desquamation ne se révèle que par le coup d'ongle, ces lésions sont recouvertes de squames visibles à l'état normal, sans le grattage, qui varient de la dimension d'une grosse tête d'épingle à celle d'une lentille, qui sont minces et transparentes, un peu stratifiées et faciles à détacher. Le grattage ne donne pas le fin piqueté hémorragique caractéristique du psoriasis.

Il n'y a au niveau des taches aucune trace d'infiltration dermique

appréciable à la vue ou au toucher. Seulement à la face interne des mollets, on trouve quelques points au niveau desquels on distingue une légère exagération des sillons naturels donnant un certain air de lichénification. On ne découvre nulle part de papules ou de vésicules, ni de nodules lupoldes.

Au niveau des cuisses, l'éruption est représentée par des taches arrondies, ovalaires ou polycycliques qui ont les unes les dimensions d'une pièce de 50 centimes en argent, d'autres celles d'un sou et de plus et qui se trouvent localisées à la face antéro-interne et antéro-externe; elles ne dépassent pas, en haut, le plan des aines.

L'éruption des jambes ne s'accompagne presque jamais d'aucune sensation anormale. Quand il s'est échauffé, le malade a quelquefois, mais très rarement, éprouvé de légers picotements de peu de durée à son niveau.

Les muqueuses nasales et orales ne présentent aucunes modifications. Les amygdales ne sont pas augmentées de volume.

Les mains et les pieds paraissent normaux; la radiographie ne révèle aucunes modifications squelettiques.

Le ganglion épitrochléen droit présente le volume d'une fève, le ganglion rétro-auriculaire droit celui d'un grand pois. Légère adéno-pathie sous-maxillaire et inguinale.

L'examen clinique des poumons ne révèle rien d'anormal sauf une respiration un peu rude. L'exploration radiologique donne le résultat suivant: les deux tiers inférieurs des poumons présentent une infiltration prononcée, se manifestant par des taches confluentes, dont le volume varie d'un grain de riz à celui d'un pois. Du côté droit l'infiltration occupe, s'étendant jusqu'à la paroi latérale du thorax, l'espace entre les côtes II et VI, atteint médialement le niveau du diaphragme, tandis que latéralement le poumon augmente de transparence au-dessous de la côte VI. A travers l'infiltrat pulmonaire, on aperçoit la structure bronchiale condensée. Au-dessus de la côte II, mêmes infiltrats mais moins denses, nettement disposés le long des bronches. Du côté gauche, on constate des taches analogues à celles du côté droit, mais moins opaques et en plus petit nombre; vers le hile seulement, l'infiltrat se présente aussi accentué que celui du côté droit. Au-dessus des clavicules, la transparence pulmonaire n'atteint pas la hauteur normale. Le diaphragme du côté droit est plus élevé que celui du côté gauche et présente, dans sa partie médiale, une motilité réduite.

La rate augmentée de volume dépasse de deux travers de doigt le rebord costal.

L'examen du foie et du cœur ne révèle rien d'anormal.

Sang: globules rouges 4.360 000, globules blancs 7.000 (lymphocytes 18 o/o, leucocytes polynucléaires 70 o/o, grands mononucléaires et formes de transition 8 o/o, éosinophiles 4 o/o). Hémoglobine 100 o/o. La réaction de Bordet-Wassermann négative.

Urines, ni sucre ni albumine.

L'intra-dermo-réaction, pratiquée selon Mantoux avec 1 100° de milligramme de tuberculine, est négative.

Une injection sous-cutanée de 1 milligramme de tuberculine ne fait pas élever la température au-dessus de $37^{\circ}4$; après une seconde injection de 5 milligrammes, pratiquée deux jours plus tard, la température ne dépasse toujours pas $37^{\circ}4$. Il n'est pas rare, dit le malade, que la température présente un peu d'instabilité, surtout sous des influences psychiques. Aucune des injections n'a provoqué de malaise, ni de réaction cutanée, pulmonaire ou ganglionnaire.

Analyse histologique. — Une biopsie a été pratiquée sur les lésions cutanées du cuir chevelu et celles des jambes, de même que sur le ganglion épitrochléen droit.

L'examen des lésions lupoldes du cuir chevelu démontra dans le derme presque inaltéré la présence d'infiltrats nettement délimités et composés de cellules épithélioïdes avec des lymphocytes et des cellules géantes peu nombreuses, en somme une structure considérée par Bœck comme étant spécifique à ses sarcoides. Les infiltrats, généralement confluent de manière à former des boudins continus, paraissent remplir les espaces entre les follicules et les glandes sans entrer en relation avec ces organes ; il est, au contraire, évident que ces annexes de la peau sont directement épargnées : si l'infiltrat vient à leur proximité, il s'arrête presque linéairement à la limite de la gaine conjonctive. Aussi, les follicules, les glandes sébacées et sudoripares ne montrent-elles aucuns signes de dégénérescence, ce qui explique l'indemnité complète de la chevelure du malade. Aux endroits où l'infiltrat monte dans le corps papillaire, les parties interpapillaires de l'épiderme sont disparues et tout l'épiderme est réduit en épaisseur ; à mesure que l'infiltrat s'éloigne de l'épiderme, celui-ci reprend son aspect normal et la couche de Malpighi s'enfonce de nouveau entre les papilles. On n'observe aucuns leucocytes en migration à travers l'épiderme.

Les modifications histologiques du ganglion épitrochléen droit sont parfaitement analogues à celles du cuir chevelu, la surface de section étant parsemée de follicules tuberculoïdes fortement limités et sans trace de nécrose. On ne découvre aucuns éléments parasitaires.

A la biopsie d'un morceau excisé d'une des taches des jambes datant de trois mois à peu près, on trouve l'épiderme nettement aminci, réduit par suite de l'effacement des enfoncements interpapillaires à un ruban mince à limite inférieure droite ou très peu ondulée. Le corps muqueux se compose de 4 à 5 assises de cellules parmi lesquelles on ne constate pas de mitoses dans la couche basale ; la granuleuse est représentée par une rangée parfois à peine cohérente de cellules pauvres en kérato-hyaline. La couche cornée, au contraire, est épaissie, formée de plusieurs étages de cellules sans noyau. Par-ci par-là, on trouve dans les fentes interépithéliales quelques mononucléaires déformés.

Dans le derme, les lésions se limitent à certains points : au pourtour des vaisseaux, des follicules pileux et des glandes. On trouve en

ces points une infiltration étroitement serrée de cellules épithélioïdes à un gros noyau clair, parfois il en existe deux, et à un protoplasma faiblement colorable qui est mal délimité, comme diffluent, en somme de cellules cadrant de tous points avec celles qui entrent dans les follicules des lésions lupoiïdes de la tête. Parmi ces cellules qui constituent la masse principale et pour ainsi dire la trame des infiltrats, on distingue de très rares cellules lymphoïdes, semées ça et là au sein de

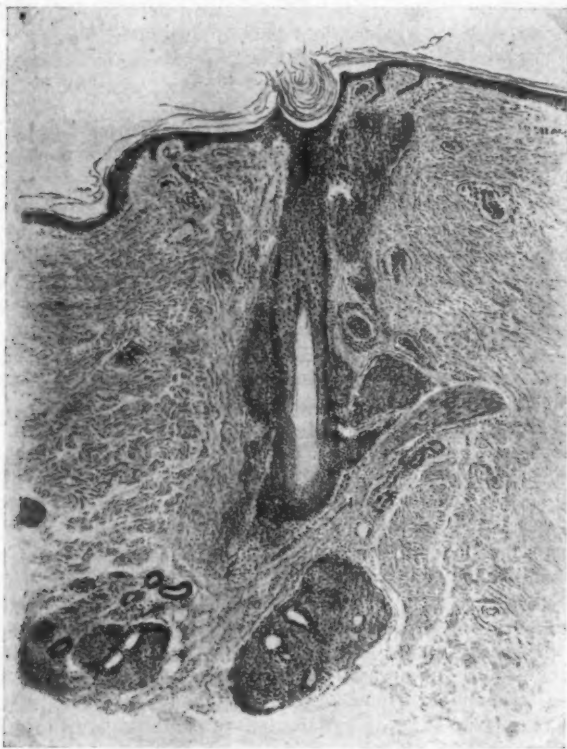


Fig. 2. — Infiltrats périfolliculaires et périglomérulaires.

tissu épithélioïde. On trouve aussi, surtout à la périphérie des infiltrats, des cellules fixes à noyau allongé, sinueux, très colorable. Il n'y a pas de cellules géantes mais, dans certaines coupes, des cellules plasmatiques et des mastzellen en très petit nombre.

Les infiltrats périvasculaires, englobant dans le derme superficiel et profond les vaisseaux dilatés, se trouvent assurément à l'intérieur de

la gaine lymphatique, la limitation nette qu'ils présentent presque partout l'indique.

Autour de l'appareil pilo-sébacé, les cellules forment de gros blocs nettement délimités, envahissant l'atmosphère connective des follicules pileux et tendant à dissocier les éléments de la gaine épithéliale. Mais, quoique comprise entre les amas des cellules d'infiltration, celle-ci est encore peu modifiée en elle-même; en certains points, on la trouve en voie de se désorganiser, il est vrai, mais nulle part elle n'a subi une transformation cornée, ce qui explique l'absence dans les infiltrats périfolliculaires de cellules géantes macrophages. Les glandes sébacées sont atrophiques ou manquent complètement (fig. 2).



Fig. 3. — Tube dilaté dans un infiltrat périglomérulaire.

Le pourtour des glandes sudoripares est le siège d'amas cellulaires analogues, qui dissocient les tubes du peloton glomérulaire et peuvent se continuer le long du canal excréteur. Les tubes sont parfois dilatés, présentant un épithélium de revêtement aplati (fig. 3).

Tout tissu élastique a disparu au sein des infiltrats.

Le derme intermédiaire aux infiltrats a son réseau onjonctif et élastique normal ; les cellules n'y sont pas augmentées de nombre.

On ne découvre aucuns éléments microbiens.

Essais de culture. — La plus grande partie du ganglion épitrochléen extirpé fut ensemencée sur une vingtaine de tubes chargés de divers milieux de culture : du substratum à œuf glyciné, de gélose glycinée à laquelle j'avais ajouté une certaine quantité de sang prélevé du malade, de gélose ordinaire à la surface de laquelle avait été étalé un peu de sang du malade. Fermés à l'aide de bouchons paraffinés et placés dans l'étuve à 37°, tous les tubes restaient stériles au bout de plus d'un an d'observation.

16 juin. — Le malade quitte Stockholm et va chez lui dans la province. Je lui prescris des pilules d'arsenic additionné de fer. Il doit revenir se présenter dans deux mois.

18 août. — De nouvelles taches rosées sont survenues sur les faces médiales et latérales des cuisses de manière à donner naissance, par confluence, à des plaques irrégulières analogues à celles des jambes, qui restent inaltérées. Les plaques lupoides du cuir chevelu paraissent stationnaires. La température prise au cours de plusieurs périodes depuis juin a été à 37° ou au-dessous le matin, tandis que la température vespérale a monté à 37°4 et 37°5, parfois même à 37°7 et 37°8. Le malade doit continuer la cure arsenicale.

19 septembre. — Au-dessous des genoux, on ne constate que les traces des lésions décrites, se manifestant par une pigmentation jaunâtre au niveau de laquelle la desquamation persiste encore, paraissant même un peu renforcée. Les taches des cuisses n'offrent pas de changement.

29 avril 1918. — Les lésions érythémateuses ont toutes disparu, les dernières se sont effacées peu à peu dans le courant de l'automne passé. Il n'en existe aucuns restes, pigmentés ou cicatriciels, mais le malade prétend — et je le constate — qu'à leur place les poils sont plus rares qu'ils ne l'étaient l'année passée ; ils n'ont pas disparu totalement, mais leur éclaircissement est évident, surtout à la face interne des jambes, tandis qu'à la face externe, ils étaient assez clairsemés dès avant l'éruption. Les plaques du cuir chevelu, ayant généralement augmenté pendant la saison froide, sont restées stationnaires l'hiver passé, leur saillie paraît peut-être même un peu moins notable.

8 juin. — Le malade m'écrit que depuis la fin de mai il porte à la face antérieure de la cuisse gauche 5 à 6 taches nummulaires analogues à celles qui occupaient les membres inférieurs en 1917. Il les décrit comme étant un petit peu élevées.

25 octobre. — Le malade m'avertit par lettre que les taches de la

cuisse gauche ont disparu spontanément après deux mois d'existence. Il se porte bien, pèse 73 kilogrammes.

3 juin 1919. — Le malade, que je n'ai pas vu depuis avril l'année passée, présente immédiatement au-dessus de l'aile nasale droite un nouveau nodule lupôide entouré d'une rougeur livide. Les plaques du cuir chevelu restent encore, mais sont un peu moins saillies. Le poils des jambes ont repoussé. Le malade a maigri et a peu d'appétit. Je lui prescris des pilules arsenicales.

11 décembre. — Il s'est produit une nouvelle éruption de grains miliaries lupôides : deux sur le côté gauche du cou, un sur chaque épaule, une dizaine dans chaque région scapulaire, 4 à 5 sur chacune des fesses et une petite agglomération au niveau du genou gauche. Le malade, qui a un aspect fatigué, dit être atteint de néphrite, survenue probablement à la suite d'un refroidissement et constatée par un médecin de province au mois d'août. L'examen de l'urine pratiqué ce jour fait voir une densité de 1.020 et une trace d'albumine; dans le sédiment on trouve de nombreux cylindres granuleux et des leucocytes. La matité du cœur est normale, les bruits sont purs, la seconde aorte un peu accentuée. Le pouls, bien frappé, bat de 84 à 90 fois par minute; auparavant, le nombre des battements ne dépassait jamais 76, dit-il. La pression artérielle est normale, oscillant entre 140 et 80 (Riva Rocci). La respiration est toujours un peu rude, l'expiration un peu prolongée sur les deux poumons. La rate est fortement hypertrophiée, sa limite inférieure est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le foie, qui a augmenté de volume, est palpable au-dessous des fausses côtes droites. La numération des globules blancs donne : lymphocytes 24 o/o, polynucléaires 63 o/o, grands mononucléaires 11 o/o, éosinophiles 0,5 o/o, basophiles 1,5 o/o. Les pilules arsenicales lui ayant causé du dégoût de la nourriture, il n'en avait pris qu'une centaine. Au cours de ces derniers mois, il a augmenté de poids, pèse aujourd'hui 74 kilogrammes.

21 février 1920. — Le malade m'écrit : « En ce qui concerne les nodules du cuir chevelu et ceux que je vous ai présentés en décembre de l'année passée, ils n'ont pas changé d'aspect, peut-être sont-ils un peu plus rouges. Mais les taches des jambes ont reparu. Le 4 février, j'en ai observé deux à trois dans la région des coudes de pied et aussi sur les avant-bras. Peu à peu, elles ont augmenté de nombre de manière à se trouver, actuellement, aussi sur les mollets et les cuisses. Les taches sont rouges, squameuses, ne causent absolument aucune gêne et ressemblent à celles que j'avais en 1917, quoiqu'elles soient moins étendues et ne présentent nulle part les arcs en fer à cheval existant à cette époque ».

25 mars. — A ma demande, le malade m'adresse une description détaillée : « Les nouvelles taches ayant débuté au mois de février continuaient à augmenter au cours de 3 à 4 semaines, mais elles se trouvent maintenant, semble-t-il, en repos. Elles varient de la dimen-

sion d'une pièce de 1 à 2 francs en argent, quelques unes ont même atteint le diamètre de 5 centimètres. La tache, tout d'abord, se présente sous forme d'une rougeur un peu tuméfiée, puis la tuméfaction disparaît, la tache s'aplanit et commence à se couvrir de squames ». (Fig. 4) présente la localisation et l'étendue des taches dessinées schématiquement par le malade. — La température, mesurée au cours de la dernière semaine, avait été à 37 le matin et avait oscillé entre 37°2 et 37°4 le soir.

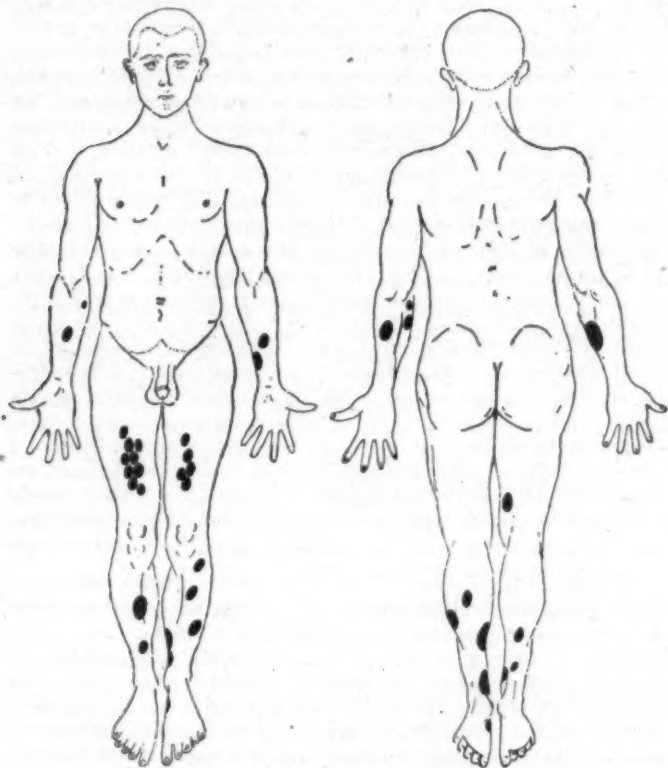


Fig. 4. — Distribution des taches en mars 1920.

1 juin. — Le malade m'écrit que depuis le début de mai les taches n'existent plus.

On voit qu'il s'agit d'un cas typique de « lymphogranulome bénin » constaté microscopiquement dans un ganglion lympho-

tique et dans la peau, où il revêtait la forme de lupoides miliaries de Bœck, disséminées et en placards. Dans ce cas, remarquable par la présence des lésions granulomateuses pulmonaires, spléniques et hépatiques très accentuées que font présumer l'état radiologique des poumons et le volume augmenté de la rate et du foie, la maladie n'a donné aucun signe d'existence direct de la part de la moelle et le malade a refusé de faire extirper les amygdales. L'équilibre leucocytaire du sang était modifié de la manière caractéristique se traduisant par l'augmentation du nombre des grands mononucléaires. Il n'est pas possible de décider si l'albuminurie et la cylindrurie apparues au cours de l'affection, en expriment la localisation rénale ou s'il s'agit là d'une néphrite banale.

Les épreuves pratiquées dans le but de déterminer chez le malade la présence d'une tuberculose étant négatives, rien ne permet de remonter à une étiologie tuberculeuse. Il est vrai que deux sœurs du malade sont mortes de maladies de poitrine considérées comme étant de nature tuberculeuse ; étant donné, cependant, la difficulté où l'on peut se trouver de distinguer une affection tuberculeuse et tuberculoïde, même avec les meilleures ressources de laboratoire à notre disposition — l'histoire des sarcoïdes en est un bel exemple — il serait peu exact de se laisser influencer, pour juger le lymphogranulome bénin au point de vue étiologique, par un point communiqué sous toute réserve par le malade et n'entrant que rarement dans les antécédents relatés par les malades atteints de cette maladie. Ce qui ressort avec évidence, par contre, c'est qu'au point de vue pathogénique, les lupoides miliaries disséminées et en placards équivalent à celles du type tubéreux et au lupus pernio.

Il paraît impossible de déterminer l'époque à laquelle remonte le début de l'affection du malade. Il se peut que les troubles respiratoires dont il souffrait à l'âge de 15 et de 24 ans soient en connexion avec les lésions qu'on constate radiologiquement sur les poumons et qui cadrent comme aspect et distribution avec celles que j'ai décrites en novembre 1914 dans mes cas de lupus pernio. Le malade prétend avoir observé le ganglion rétro-auriculaire droit, assurément le siège du processus granulomateux révélé dans le ganglion épitrochléen droit, dès l'âge de 14 ans, ce qui pourrait aussi plaider en faveur d'un âge très avancé de l'affection.

Ce qui fait l'intérêt dermatologique spécial du cas actuel, c'est l'éruption des plaques tout à fait superficielles, distribuées symétriquement sur les membres et dont l'observation permet d'appliquer, je vais le montrer, aux manifestations cutanées du lymphogranulome bénin la classification admise depuis longtemps pour celles des affections dites lymphadéniques : en dermatoses néoplasiques, érythrodermiques et prurigineuses.

Cette éruption, apparaissant et reparaisant insidieusement mais évoluant moins lentement que les lésions lupoides et pouvant occuper en une demi-année des segments de membre tout entiers avec prédilection, semble-t-il, pour les faces d'extension, est caractérisée par des taches légèrement érythémateuses et squameuses et sans infiltration nette des téguments (1), centrifuges et confluant en nappes irrégulières et disparaissant sans laisser après elles d'autre trace qu'une pigmentation et un éclaircissement des poils passagers. L'éruption ne donne aucunes sensations subjectives et n'est pas accompagnée de troubles généraux ; les légères élévations thermiques vespérales constatées périodiquement au cours de la première et de la dernière éruption, ne sont pas en rapport, semble-t-il, avec l'apparition des taches, le malade les a trouvées maintes fois auparavant, dit-il.

Si l'on n'avait eu que les données cliniques pour déterminer la nature de cette éruption, le diagnostic eût pu rester incertain.

On pouvait, en effet, penser à une dermite médicamenteuse, mais le malade n'avait pas absorbé de médicaments.

La confusion serait facile à faire avec les éruptions érythémateuses de la période de début de certains cas de mycosis fongique ou bien avec les formes érythrodermiques vraies de cette affection, les îlots de peau saine intermédiaire zébrant les nappes envahies rappellent l'aspect d'un mycosis ; mais d'ordinaire, les éruptions mycosiques sont prurigineuses et présentent en quelques points un certain degré d'infiltration dermique.

L'idée d'un psoriasis avorté pouvait être écartée, car on ne trouvait pas la rougeur prononcée, les squames stratifiées en tache

(1) Les taches ayant reparu en mai 1918 et en février 1920 et que je n'ai pas eu l'occasion d'observer, ont été décrites par le malade, à l'époque de leur apparition, comme présentant une minime élévation. Celles que j'ai vues et qui avaient déjà persisté quelque temps, ont répondu absolument à la définition admise généralement pour une tache, en ce qu'elles n'étaient ni saillantes ni infiltrées. Il paraît donc que l'évolution soit analogue à celle des lépides maculeuses qui, au début des poussées, sont fréquemment un peu œdémateuses, mais qui ne tardent pas à s'aplanir peu à peu.

de bougie, l'infiltration et le piqueté hémorragique caractéristique du psoriasis. Egalement, le diagnostic de séborrhéides devait être éliminé, les localisations séborrhéiques manquaient, de même toute trace d'état séborrhéique.

Le parapsoriasis en plaques pourrait simuler au point de vue objectif la présente éruption, mais l'évolution rétrograde allant jusqu'à disparition complète, observée dans le cas actuel — je ne saurais dire si la médication arsenicale y a contribué — n'appartient guère à l'image d'un parapsoriasis, dont la longue durée et la résistance à toute médication sont des plus remarquables.

Les léprides maculeuses peuvent dessiner des figures rappelant celles de mon malade et occupant avec prédilection le côté d'extension des membres, mais elles sont presque toujours anesthésiques et coexistent avec d'autres accidents lépreux. L'anhidrose, signalée comme étant fréquente au niveau des macules lépreuses et qui, à considérer la disposition si particulière de l'infiltration autour des glandes sudoripares, serait facile à expliquer dans le cas actuel, je ne saurais rien prétendre de certain sur son existence, l'examen étant défectueux sur ce point.

L'hypothèse d'un érythème centrifuge de Bielt et des formes exanthématisques du lupus érythémateux, formulée un instant comme possible, ne pouvait pas être maintenue, la localisation et le type de la desquamation m'éloignaient bientôt de cette idée.

Manque de cadre nosologique où faire entrer mon éruption constituée objectivement par la rougeur persistante et la desquamation de l'épiderme, je m'arrêtais au diagnostic dermatographique : érythrodermie desquamative localisée. La dénomination de pityriasis rubra m'a paru moins significative à cause de la dimension des squames, dont la plupart étaient trop grandes pour que ce qualitatif soit justifié.

La nature de cette érythrodermie n'a pu être relevée qu'à l'aide de la biopsie. L'étude des éléments cellulaires, qui sont les mêmes que ceux des lésions lupoides — quoique disposés d'une manière systématisée — amène la nécessité de rattacher l'éruption au lymphogranulome bénin et de voir en elle une spéciale manifestation cutanée de cette maladie, une *érythrodermie lymphogranulomateuse*.

Il résulte de cette observation que, quand il se localise dans la peau, le lymphogranulome bénin peut déterminer, outre les types

à tumeurs lupoides décrits par Besnier en 1889 et par Bœck en 1899, aussi des taches, des plaques et de vastes nappes érythrodermiques.

L'existence de cette variété superficielle assez spéciale au point de vue clinique et histologique montre une fois de plus le parallélisme symptomatologique existant entre le lymphogranulome bénin et d'autres maladies infectieuses à accidents cutanés : en effet, ces deux catégories de manifestations cutanées, l'infiltrante et la superficielle, peuvent être rapprochées des lépromes et des léprides maculeuses, des tumeurs et des érythrodermies mycosiques, des tumeurs et des érythrodermies leucémiques et pseudo-leucémiques, des infiltrats et des érythrodermies tuberculeuses.

Aujourd'hui, en présence d'une affection érythrodermique, la discussion diagnostique doit comprendre la supposition de sa nature lymphogranulomateuse. Il est d'autant plus nécessaire de faire intervenir dans sa recherche cette supposition qu'il est impossible de ne pas croire à l'existence d'un lymphogranulome bénin à forme érythrodermique pure, en présence de laquelle on se trouvera privé de l'appui diagnostique que constituent, dans la forme mixte, les lésions lupoides coëxistantes.

Il existe entre les accidents superficiels des maladies précitées une parfaite analogie concernant la systématisation des infiltrats autour des vaisseaux, des follicules pileux et des glandes et concernant les modifications subies par les annexes de la peau (désagrégation des follicules avec chute des poils, atrophie des glandes sébacées, désorganisation des glomérules sudoripares avec séparation et dilatation des tubes).

Quoique je n'aie pas observé dans le lymphogranulome bénin — comme on l'a fait dans la lèpre, le mycosis fongoïde par exemple — la transformation des lésions érythémateuses en tumeurs, il est évident qu'elles sont de même nature que celles-ci et imputables à l'agent infectieux lui-même, apporté, les lésions périvasculaires nous conduisent à l'admettre, par la voie sanguine.

De même que pour la lèpre, le mycosis fongoïde, la leucémie, la tuberculose, il est impossible de préciser les conditions qui déterminent l'apparition une fois de lésions érythémateuses et l'autre de tumeurs. A ce point de vue, il faut encore avoir recours aux hypothèses, concernant d'un côté la virulence de l'agent et de l'autre l'état du terrain.

SUR UN CAS D'ÉPIDERMOLYSE BULLEUSE CICATRICIELLE A KYSTES ÉPIDERMiques HISTOGENÈSE DES LÉSIONS

Par MM.

J. MONTPELLIER
Chef des travaux d'anatomie pathologique

et

A. LACROIX
Préparateur

à la Faculté d'Alger.

Nous venons d'observer un fort beau cas d'épidermolyse bulleuse dystrophique à kystes épidermiques. La rareté de l'affection, l'inconnu qui plane sur son étiologie et sa pathogénie comme sur celles de la plupart des éruptions que l'on groupe sous la dénomination générale de *Pemphigus*, sont autant de raisons qui nous incitent à relater ce nouveau cas. Nous le ferons en insistant tout particulièrement sur nos recherches histologiques, que de nombreuses biopsies nous ont permis de pousser. Aussi bien est-ce encore là le côté le plus accessible de cette question et pour lequel, malgré les travaux intéressants de quelques auteurs, il persiste encore beaucoup d'incertitude.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un Kabyle de 28 ans, originaire du Camp-Maréchal (Kabylie), et ayant habité cette région jusqu'au jour de son incorporation.

Les renseignements obtenus sur ses antécédents et sur sa famille sont extrêmement sommaires. Le père et la mère seraient bien portants ainsi que deux sœurs; un frère engagé volontaire en 1917 est mort en 1918 des suites de blessures; son dossier ne porte aucune trace d'une affection cutanée quelconque. Personne dans l'entourage de notre malade n'aurait présenté d'affection analogue à celle dont il est atteint.

Rien dans ses antécédents personnels; *sa santé aurait toujours été parfaite jusqu'en décembre 1919.*

Incorporé en avril 1917 dans le service armé, il fut classé auxiliaire deux mois après pour trichiasis et opacité légère de la cornée. Il fut alors employé comme cuisinier durant ses deux années de service. Nous n'avons rien trouvé de plus précis sur son dossier d'incorporation et de versement dans l'auxiliaire.

Il affirme très formellement que l'affection actuelle n'a débuté qu'en décembre 1919, il avait alors 27 ans.

Ce furent d'abord sur les mains et les pieds quelques bulles qu'il attribua à des brûlures, opérées durant ses manipulations de cuisinier. Il fit bientôt une éruption bulleuse à peu près généralisée et qui fut étiquetée syphilitique. Devant l'inefficacité d'un traitement anti-luetique mercuriel, il fut hospitalisé avec le diagnostic d'éruption spécifique tertiaire résistant au traitement, et fut évacué sur le Centre Dermatologique de la division d'Alger.

Ce qui frappe au premier coup d'œil, c'est l'atrophie de la peau au niveau des extrémités, surtout faces palmaire et plantaire. A ce niveau, la peau est lisse, vernissée, blanche ou bleutée par endroits, fine, pelure d'oignon. Sur les faces dorsales et latérales, cet aspect de glossy-skin est déjà moins marqué et s'efface insensiblement au fur et à mesure que l'on se rapproche du tiers moyen des jambes et des avant-bras.

a) TÉGUMENTS. — *Mains* : Pas d'atrophie musculaire. Les doigts sont effilés, moins cependant que dans la sclérodactylie; à leur niveau le pincement peut encore plisser la peau.

Les ongles sont encore peu atteints; cependant déjà recourbés et épaissis dans leur partie libre.

On remarque d'assez nombreux poils sur le dos des phalanges, sans que l'on puisse en conclure qu'ils n'ont pas été raréfiés.

On trouve enfin des *bulles*, siégeant indistinctement sur les faces palmaires, dorsales, latérales des doigts et des mains, avec prédominance au niveau des plis articulaires. Il s'agit de bulles de dimensions fort variables et de contours irréguliers, en général sans bordure érythémateuse. Peu saillantes, elles contiennent un liquide soit séreux, soit séro-hémorragique, soit franchement hémorragique, parfois purulent.

En général ces bulles n'éclatent pas, elles se dessèchent. On assiste à toute l'évolution de cette phlycténisation dont le dernier stade est marqué par une desquamation en lames épaisses mettant à nu une surface fraîchement cicatricielle, rose-lilas ou bleuté. Quelques-unes, ouvertes dès le début, s'infectent, suppurent, se recouvrent de croûtes épaisses, prennent en somme les caractères d'une ulcération ecthymateuse entourée d'une auréole rouge.

Le signe de Nickolsky est positif au niveau des extrémités; sur le tronc et la racine des membres, le coup de pince n'est pas suivi de phlycténisation.

L'application d'une ventouse en plusieurs points ne donne rien de spécial; pas de phlycténisation.

Pieds : Mêmes lésions qu'aux mains. Les bulles sont ici plus irrégulières et par endroits confluentes.

Onychogryphose très accentuée, avec épaissement en moelle de jonc de tout le corps de l'ongle, striation non systématisée, et coloration brune.

Cette même phlycténisation se retrouve essaimée sur le reste du corps ; mais les bulles sont ici plus rares.

Aux bourses : bariolage fait de bulles à des stades différents et de lésions cicatricielles. Rien à la verge.

A la face : Il ne reste que des taches pigmentées de dimensions diverses et de contours irréguliers ; reliquat d'anciennes bulles. Un petit élément bulleux dans l'angle interne de l'œil gauche et une ulcération recouvertes de croutes mellicériques sur la lèvre supérieure. Rien au cuir chevelu.

Aux bras et aux cuisses, et surtout sur le tronc, on note une éruption d'éléments érythémateux, donnant une fausse impression d'élévure, tantôt lenticulaires, tantôt en arc de cercle, parfois en cercle complet, de teinte rose pâle, non squameux, rappelant assez bien des médaillons incomplets de pytriasis rosé de Gibert. Le doigt les efface complètement et le coup de pouce n'y donne pas de bulle.

On ne trouve pas de phytènes développées sur ces éléments ; mais on rencontre, surtout dans les régions articulaires (coudes, genoux, épaules), quelques éléments bulleux tels que nous les avons déjà décrits.

Aux aisselles : Placards irréguliers de 2 à 3 centimètres. rouges suintants, parce que excoriés.

b) *Muqueuses*. — *Bouche* : Une bulle sur la voûte palatine ; sur les joues quelques ulcérations très superficielles, irrégulières, rouges, avec quelques points cicatriciels blanchâtres groupés au niveau des lignes commissurales.

Sur la langue une bulle éclatée, dont il persiste un lambeau blanchâtre d'épiderme ; en outre aspect cicatriciel, pseudo-leucoplasique de la plus grande partie de la face dorsale.

Conjonctives : une phlyctène sur la conjonctive bulbaire droite près du limbe, sur 9 heures ; néphélions sur les cornées.

Les conjonctives palpébrales sont notablement injectées, à peine cicatricielles, et cependant on note un peu de trichiasis sans traces de granulations.

Les fosses nasales, et la *demi-muqueuse glandaire* sont indemnes.

On note de loin en loin, tout spécialement aux extrémités, des sortes de grains de milium souvent disposés en bouquet de 10 à 15 éléments. Ces *kystes épidermiques* siègent pour la grande majorité sur des cicatrices assez jeunes de bulles ; quelques-uns sur des zones d'atrophie déjà ancienne. Il ne semble pas qu'aucun ne se soit développé sur la peau primitivement saine. On en découvre sous la grosse squame que l'on détache des phlyctènes à peine cicatrisées.

Ils abondent sur les faces latérales des doigts (régions articulaires), autour des poignets et des genoux, sur les faces dorsales et latérales des pieds. On en rencontre quelques-uns isolés ou groupés sur les macules pigmentées de la face, sur les cicatrices deltoïdiennes. La paume des mains et la plante des pieds en sont totalement dépourvues, ainsi que les muqueuses.

Les plus gros kystes, superficiels, s'énucléent facilement sous le

coup d'angle, tantôt en bloc, tantôt en s'effritant, sans la moindre trace de sang.

Le malade est amaigri, sans que son état paraisse pour cela sensiblement atteint.

Adénopathies multiples.

Pas de troubles moteurs.

Sensibilité absolument normale dans ses différents modes, en particulier pas de trouble de la sensibilité thermique. Pas de phénomènes douloureux; parfois seulement un peu de prurit.

Réflexes normaux.

L'examen des différents organes reste négatif. On ne trouve en particulier rien qui permette de penser à une hérédo-syphilis. Dentition parfaite et système pileux normal.

La radiographie des mains et des pieds confirme l'intégrité apparente du système osseux.

RECHERCHES DE LABORATOIRE

a) *Sang* : Ni poikilocytose, ni polychromatophilie, pas de globules nucléés.

Globules rouges . . .	4.560.000
Globules blancs . . .	9.600
Equilibre leucoc.	{ Poly. neutro. 54
	{ Poly. éosi 2
	{ Poly. baso 1/2
	{ Mono. 28
	{ Lymph 13
	{ Formes de transition . . . 2

Densité globulaire 0,36

Taux d'hémoglobine 0,80 o/o au Gower

Tension artérielle 7 — 12 avec index oeil. : 2

Réaction de Bordet-Wassermann. Négative.

b) *Urines* :

Volume . . .	1.000 centimètres cubes
Réaction . . .	Acide
Densité. . . .	1.020
Urée	16 gr. 0/00
Albumine . . .	Néant
Glucose	Néant
Chlorures . . .	10 grammes
Phosphates . .	1,20

c) *Liquide céphalo-rachidien* :

Hypertension manifeste : le liquide s'écoule en jet, d'une limpidité d'eau de roche.

Eléments figurés normaux.

Albumine : 0,15 centigrammes.

Sucre diminué légèrement.

— Bordet-Wassermann : négatif.

d) *Liquide des bulles* : Nettement acide au début (pour l'étude cytologique voir plus loin).

ÉTUDE HISTOLOGIQUE DES LÉSIONS

1^o PEAU DYSTROPHIQUE (face dorsale du poignet).

Epiderme aminci au dépend des strates malpighiennes ; les autres couches épidermiques ne présentent rien de spécial ; la limite dermo-épidermique, ayant perdu son vallonement, s'est nivelée.

Les papilles dermiques ont disparu ; le *derme aminci* est dense, cicatriciel ; les vaisseaux rares. Quelques nids lymphoïdes périvasculaires.

Le tissu élastique inexistant dans les couches superficielles est raréfié plus profondément ; ses fibres ont perdu leur délicatesse, se sont épaissies et fragmentées.

Les dépressions folliculaires sont certainement raréfiées ainsi que les glandes sébacées qui sont petites, atrophiées ; les glandes sudoripares ne paraissent pas modifiées dans leur constitution, peut-être sont-elles cependant moins abondantes.

2^o BULLE JEUNE (deux jours).

L'*épiderme* est soulevé dans sa totalité, le clivage s'est opéré entre le corps réticulé et la couche germinative ; on trouve même appendus à celle-ci de nombreux débris du derme.

Amincissement de l'*épiderme* dont les épaississements interpapillaires se sont effacés. La couche germinative a conservé son pigment. Les couches malpighiennes diminuées de nombre présentent des cellules normales, liées par leurs filaments d'union : pas de fonte ni d'état spongoïde ; cependant l'espace clair périnucléaire est souvent agrandi et le noyau refoulé en cupule. La couche granuleuse est normale ; la kératinisation s'est effectuée sans déviation.

Pas d'éléments leucocytaires en migration dans l'*épiderme*.

On trouve assez fréquemment des kystes épidermiques plus ou moins kératinisés suspendus au toit de la bulle et reliés à la couche de Rémy, soit par quelques tractus fibreux, soit par une mince traînée épithéliale.

Le contenu de la bulle (examinée aussi sur frottis) apparaît sous la forme d'un réseau grumeleux, d'aspect fibrinoïde, peu riche en éléments. Ces éléments de diapédèse sont des leucocytes, grand mono, mais surtout poly, avec quelques éosinophiles (environ 2 à 3 o/o) ; on trouve aussi de rares globules rouges.

Le *derme* constitue donc le plancher de la bulle ; œdème marqué des couches superficielles avec déjà dans cette région quelques éléments migrateurs localisés surtout au pourtour des vaisseaux.

Ceux-ci ne sont pas sensiblement dilatés.

Le tissu élastique présente les modifications déjà décrites.

Rien du côté des pelotons sudoripares si ce n'est un début d'infiltrat leucocytaire.

Les quelques rares glandes sébacées qui ont résisté aux attaques antérieures ne présentent rien de spécial.

3^e BULLE AGÉE ET FLÉTRIE (8 à 10 jours).

La bulle non ouverte s'est affaissée. L'épiderme s'est plissée et commence à dégénérer : la distribution du pigment est irrégulière, la couche basale en est privée tandis qu'on en trouve jusque dans la granuleuse ; les colorations nucléaires et protoplastiques deviennent diffuses ; par endroits l'épiderme est réduit à 3 ou 4 couches de cellules défigurées, amorphes, envahies par des éléments migrants.

Cet épiderme se trouve rattaché au derme par une masse remplissant la cavité réduite de la bulle et constituée par un réseau de fibrine emprisonnant de très nombreux éléments cellulaires, grands macrophages et surtout polynucléaires dont beaucoup sont en pycnose ; quelques éosino. Très nombreux globules rouges agglomérés par endroits en foyers et enfin rares cocci disséminés prenant le Gram.

Ces éléments migrants peu abondants dans les couches superficielles se sont accumulés en nappe épaisse sur le plancher de la bulle.

La zone superficielle du derme, déjà infiltrée légèrement au stade précédent, l'est ici au maximum ; cette infiltration n'est pas seulement due aux leucocytes de diapédèse de type divers mais à la prolifération des cellules fixes ; c'est du tissu de granulation. On y trouve une congestion très marquée des vaisseaux avec néocapillaires dilatés. Quelques éosinophiles et de beaucoup plus rares labrocytes.

Ce foyer d'inflammation dessine une bande très régulière en surface, limitée étroitement aux bords du décollement bulleux et se continue plus profondément dans le chorion, sous forme de manchons périvasculaires d'aspect lymphoïde.

Ici encore les sudoripares restent normales ; pas de dilatation de leur tube ni de dégénérescence de leur épithélium.

Par contre on trouve quelques culs-de-sacs sébacés petits, étouffés, dont pour quelques-uns les cellules sont réduites à des boules chromatiniennes comprises dans des débris protoplasmiques ; dans ces derniers cas, deux ou trois couches externes persistent avec les cellules de la formation cloisonnante chargés d'éléidine.

On note enfin quelques amas épithéliaux déjà kystiques rattachés aux bourgeons folliculaires par un boyau épithélial plein.

4^e BULLE CICATRISÉE.

Il s'est établi un nouveau clivage dans le dépôt fibrino-leucocytaire qu'a donné le contenu de la bulle.

Les deux tiers supérieurs adhérents à l'épiderme se dessèchent, se ratatinent et forment avec les débris de celui-ci une grosse squame abondamment infiltrée de polynucléaires et qui ne tarde pas à être éliminée.

Par contre la partie profonde de ce dépôt vernissant les couches

superficielles du derme s'est complètement organisée et l'on assiste à son épidermisation qui s'effectue du bord vers le centre, en tache d'huile.

L'infiltrat cellulaire se résorbe, il reste un derme privé de papilles, cicatriciel, riche en pigment ferrique, et dans lequel persiste longtemps, semble-t-il, des petits foyers lymphoïdes périvasculaires et l'ébauche de formations kystiques.

5° BOUQUET DE KYSTES ÉPIDERMiques.

On trouve des kystes de dimensions fort variables représentant les stades différents de l'évolution de chaque élément. Nous n'insisterons pas outre mesure sur la constitution anatomique de ces formations déjà décrites par maints auteurs en particulier par Pétrini-Gallatz. Dans la profondeur on les voit positivement naître des bourgeons folliculo-sébacés. On en trouve quelques-uns encore petits mais déjà bien différenciés contenant encore les débris de glandes sébacées parfaitement reconnaissables.

Au fur et à mesure que l'on se rapproche de la surface on en trouve de plus gros avec un bloc central kératinisé de plus en plus abondant, à tel point que certains kystes très superficiels montrent leurs cellules malpighiennes réduites à une seule assise d'éléments fusiformes, lamellaires, sans éléidine.

Autour de ces derniers kystes, les plus anciens, le tissu conjonctif se tasse et donne parfois une sorte de thèque fibreuse bien différenciée.

Ces kystes chassés vers la surface finissent par s'accoler à l'épiderme, s'y incorporent, et sont enfin énucléés.

Sur nos très nombreuses coupes, nous n'avons jamais constaté de relation quelconque entre ces formations et les glandes sudoripares.

Enfin mentionnons un fait que nous avons souvent relevé : un certain nombre de ces kystes superficiels présentent une déformation *toujours la même* : la sphère kystique a subi à son pôle inférieur une dépression en doigt de gant avec rupture de la coque malpighienne, de telle sorte que, sur une coupe, les kystes ont un aspect régulièrement réniforme. Au niveau de cette sorte de hile tourné vers la profondeur, la paroi est donc crevée et chaque bord recroquevillé en dedans ; par cette brèche le tissu dermique fait hernie dans la cavité kératinisée.

..

RÉFLEXIONS. — Il n'y a pas à s'arrêter longuement sur le tableau clinique que présente notre malade. C'est le syndrome classique de l'épidermolyse bulleuse dystrophique.

Un fait cependant à retenir s'il est exact (et le malade est très affirmatif là-dessus), c'est le début de l'affection à l'âge de 27 ans. Il semble bien cependant, à en juger par le trichiasis,

que les muqueuses conjonctivales sont atteintes depuis longtemps. D'autre part on admet difficilement qu'une pareille atrophie des téguments ait pu se produire en si peu de temps.

Un second fait à noter, c'est l'absence complète de cette même affection dans la famille du sujet, laquelle est kabyle.

Par ailleurs rien d'intéressant, au double point de vue étiologique et pathogénique, dans la relation de notre cas; en particulier pas le moindre symptôme de névrite des membres. Retenons aussi l'absence, déjà notée dans un cas de Hudelo et Montlaur (1913), de troubles de la nutrition du système osseux (radiographie).

Par contre, l'étude des nombreuses biopsies que nous avons pu faire permet quelques remarques dans le domaine de l'anatomie-pathologique.

Elle nous permet notamment de reconstituer intégralement l'évolution des bulles.

C'est d'abord un œdème interstitiel qui se localise sous la couche de Rémy. On voit une série de cavités minuscules, disposées en chapelet, plus ou moins irrégulières, séparées par de minces tractus de collagène, formant des sortes de colonnettes soutenant l'épiderme. Ces cavités confluent et forment de véritables lacs, contenant de très rares leucocytes.

Rapidement, tandis que l'inondation œdémateuse se poursuit, le décollement épidermique s'opère; la bulle est constituée et ceci sans qu'il paraisse exister de congestion notable des vaisseaux du derme.

La bulle vieillissant, son contenu se charge de leucocytes, tend à devenir purulent, parfois hémorragique et donne un dépôt fibrino-leucocytaire recouvrant la couche superficielle du derme enflammé secondairement.

Après élimination sous forme de squame du toit de la bulle et d'une partie de son contenu, un nouvel épiderme créé de toute pièce vient des limites de l'excoriation recouvrir cette couche fibrineuse qui s'organise. Il s'ensuit une cicatrice indélébile.

Il convient d'ajouter que le stade terminal de cette phyténisation est souvent marqué par l'éclatement de la bulle et l'infection consécutive de la plaie; celle-ci prend alors des caractères ecthymateux, et, se réparant comme l'ecthyma, laisse une cicatrice plus profonde, plus destructive sur laquelle, nous pensons pouvoir l'affirmer, les formations kystiques ne naissent pas.

Du point de vue histologique, on peut donc tirer de l'étude de ce cas quelques conclusions et remarques intéressantes :

1° Au cours de la phyténisation qui caractérise ce cas d'épidermolyse bulleuse cicatricielle à kystes épidermiques, et durant toute l'évolution de chaque bulle, le clivage se fait, non pas dans les strates malpighiennes, plus ou moins près de la couche de Rémy mais *sous* celle-ci, entre le derme et l'épiderme.

L'épiderme est primitivement sain ; s'il est aminci, c'est consécutivement à une cicatrisation antérieure.

Ce ne sont donc pas des lésions épidermiques qui conditionnent ou facilitent cette phyténisation.

2° L'épiderme étant soulevé dans sa totalité, l'épidermisation cicatricielle ne pourra s'opérer aux dépens d'une couche germinative respectée par le processus bulleux ou de ses débris interpapillaires, comme cela paraît se faire dans le pemphigus.

D'autre part, l'inflammation secondaire et réactionnelle des couches superficielles du derme et l'organisation du dépôt fibrineux sur lequel viendra s'étendre, en tache d'huile, le nouvel épithélium, expliquent que cette phyténisation soit suivie d'une cicatrice.

La répétition de ces mêmes phénomènes sur les mêmes régions peut ainsi expliquer l'*atrophie progressive* de la peau, sans qu'il soit peut-être besoin pour ceci de faire intervenir des phénomènes plus généraux d'ordre trophique se passant primitivement dans toute l'étendue des téguments. En d'autres termes la bulle n'est peut-être pas seulement, comme le pense Cappelli (1912), un épiphénomène n'ayant qu'un intérêt secondaire, tout objectif ; elle nous paraît au contraire être à la base de l'origine de la sclérose « cicatricielle » de la peau.

3° Le mode de phyténisation et de cicatrisation expliquent aussi sans nul doute la formation de ces kystes épidermiques fort caractéristiques de l'affection. L'épiderme étant clivé dans sa totalité, ses connexions avec les tubes folliculaires et glandulaires se trouvent rompues. Ces formations, qui ne « suivent » pas le décollement, se trouvent au surplus complètement isolés de la surface par cette sorte de vernis que constitue la couche fibrineuse déjà décrite et qui fait sur le plancher de la bulle un véritable « colmatage ».

Ainsi donc, se trouvent inclus et *isolés* dans le chorion des amas épithéliaux divers dont les plus fragiles (bourgeons épithé-

liaux aberrants non différenciés, glandes sébacées libres ou annexées à des poils, tubes folliculaires à duvet) subissent cette dégénérescence kystique et, par souvenir ancestral, se kératinisent.

La répétition de ces phénomènes explique la diminution progressive des glandes sébacées et la tendance à l'état xérodermique que, au cours de cette affection, beaucoup d'auteurs ont notée.

On peut se demander pourquoi cette même dégénérescence n'apparaît pas sur les sudoripares dont le conduit excréteur est également rompu. Peut-être cela vient-il de ce que la sécrétion de ces glandes étant plus active et plus fluide, la sueur continuellement excrétée maintient à travers cette sorte de membrane granuleuse un puits d'excrétion qui ne tarde pas à s'individualiser et à s'épidermiser.

On pourrait encore admettre que les cellules épithéliales de ce système glandulaire, ayant perdu l'aptitude évolutive des cellules malpighiennes dont elles sont nées, restent désormais, à l'inverse des formations cloisonnantes des glandes sébacées, incapables d'évoluer dans le sens d'une kératinisation. Dans ce cas, on conçoit que ces culs-de-sacs glandulaires, isolés et désormais inutiles, doivent s'atrophier. Cette hypothèse paraît peu plausible; — d'abord on ne trouve pas dans ce derme cicatriciel de glandes sudoripares en voie d'atrophie, — ensuite l'examen clinique montre que la sécrétion sudorale n'est pas tarie chez ces malades au niveau des zones atrophiées; on note même dans notre cas une hyperhydrose palmaire et plantaire considérable.

Comme on le voit, en ce qui concerne le siège de la phyc té n i s a t i o n, nos constatations histologiques confirment entièrement celles de Cappelli. Par contre, notre étude de l'évolution totale de chaque bulle nous éloigne complètement de l'interprétation que donne cet auteur de la sclérose dermique. Tandis qu'il voit dans cette sclérose une « dégénérescence primitive » et n'accorde au décollement épidermique qu'une importance secondaire, — nous pensons au contraire que la bulle constitue le phénomène capital et que l'atrophie cicatricielle n'en est que l'aboutissant.

D'autre part, pour ce qui est des productions kystiques on trouve ici non seulement la confirmation pure et simple des travaux de Pétrini-Galatz sur leur origine, mais encore, pensons-nous, quelques données nouvelles sur le mécanisme intime de leur formation,

Devra-t-on toujours admettre qu'au cours des différentes éruptions pemphigineuses le mode de formation et d'évolution des phycènes n'a aucune importance et que l'on peut, non seulement dans des cas cliniques analogues, mais au cours d'une seule et même éruption, observer des variantes considérables dans le point de départ et le siège de la bulle ? Il semble bien qu'il y ait cependant dans l'affection dont nous nous occupons une phycénisation très spéciale dans son histogénèse et qui, aussi bien que la clinique, paraît séparer nettement ce pemphigus cicatriciel à kystes épidermiques du groupe général des pemphigus. Dans ces derniers cas la phycénisation est *intra-épidermique* superficielle ou profonde (Renault), ou subtotale (Simon, Dumesnil, Eppinger), respectant au moins les cônes interpapillaires, et les *ostia* folliculaires et glandulaires. Elle paraît dès lors essentiellement conditionnée par une *fragilité spéciale de l'épiderme* (Audry).

Dans l'affection qui nous occupe la phycénisation s'opère entièrement *sous* un épiderme primitivement sain. Elle résulte donc ici d'un défaut d'adhérence entre le derme et son épithélium.

Enfin, on sait que les auteurs s'accordent à placer aussi le siège primitif de la bulle au cours de l'épidermolyse héréditaire traumatique simple *dans* les couches épidermiques, — soit qu'il y ait défaut d'adhérence entre la couche cornée et le *stratum filamentosum* (Gaucher), — soit qu'il y ait fragilité des couches malpighiennes lesquelles entraînent dans leur fonte une partie des éléments de la couche germinative (Elliot). S'il est vrai que ces données sont définitivement établies, sans doute faudra-t-il chercher, dans le mode respectif de phycénisation et de cicatrisation au cours des deux affections, les différences essentielles qui doivent séparer au point de vue nosologique et qui séparent au point de vue lésionnel l'« épidermolyse bulleuse traumatique simple » de l'« épidermolyse atrophique à kystes épidermiques ».

LE SÉRO-DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS

SON DEGRÉ DE PRÉCISION. CAUSES D'ERREUR INDÉPENDANTES DE LA MÉTHODE (FAUTES DE TECHNIQUE, VICES DE RAISONNEMENT). SES RÉSULTATS EN CLINIQUE.

L. SPILLMANN,
Professeur de Clinique
des maladies syphilitiques
et cutanées.

Par

PH. LASSEUR
Docteur ès-sciences.

(Suite et fin)

E. — *La réaction de l'alexine révélatrice des modifications des humeurs dans l'infection.*

Nous avons tenu à pénétrer le plus avant possible dans le mécanisme de la fixation de l'alexine pour montrer les causes d'erreur nombreuses à éviter lorsqu'on veut faire de cette réaction la base d'une méthode de recherche de la sensibilisatrice ou de l'antigène homologue.

Ce que le clinicien demande avant tout à la fixation de l'alexine, c'est un élément de diagnostic. Et, de ce fait, la réaction de Bordet nous apparaît, en première approximation, surtout comme un révélateur de l'anticorps. En se basant sur cette conception de la fixation de l'alexine, on a recherché les sensibilisatrices spécifiques dans les sérums d'individus atteints de maladies infectieuses. Mais en poussant plus loin l'analyse du phénomène, nous voyons que nous ne pouvons caractériser l'anticorps que par ses manifestations, ou plus exactement nous attribuons les nouvelles propriétés des sérums, à la présence dans l'organisme d'une entité nouvelle : l'anticorps.

Il est donc logique et prudent, au moins provisoirement, de considérer la fixation de l'alexine comme un révélateur des modifications des propriétés physico-chimiques des humeurs de l'organisme. Cette conception beaucoup plus large du phénomène, n'infirmé nullement les relations pouvant exister entre l'immunité

et les nouvelles propriétés des sérums ; de plus, elle ne préjuge rien du rôle de l'anticorps vis-à-vis de l'antigène. En outre, elle a l'avantage de nous expliquer la spécificité de certaine réaction effectuée avec des antigènes hétérologues, tel est le cas du séro-diagnostic de la syphilis. Enfin elle permet de donner une explication simple des nombreuses contradictions apparentes observées dans la littérature sérologique.

F. — *La fixation de l'alexine dans la réaction type de Bordet et la fixation de l'alexine dans le séro-diagnostic de la syphilis.*

La fixation de l'alexine dans le séro-diagnostic de la syphilis est fonction des différents facteurs intervenant dans la réaction effectuée avec des plastides bactériens. Et, si parfois on observe quelques variantes celles-ci se retrouvent aisément avec des substances antigènes diverses : plastides bactériens, extraits bactériens, toxines solubles, etc. Ce sont là des questions de détail qui ne modifient en rien les règles générales de la réaction. Le pouvoir anti-hémolytique, par exemple, présenté par certains extraits de foie syphilitique est une propriété banale, commune à tous les antigènes microbiens.

Lors de la classification de l'adsorption en phénomènes physiques ou chimiques nous avons fait la réserve qui nous a paru la plus judicieuse sur ces divisions théoriques toujours plus ou moins arbitraires. Aussi n'éprouvons-nous maintenant, aucune difficulté à répondre aux savants considérant le séro-diagnostic de la syphilis comme une « *réaction purement chimique* ». Nous ferons remarquer que dans le cas particulier, la discussion n'est plus limitée à une *querelle de mots*, mais qu'elle prétend expliquer le mécanisme et par suite les causes d'erreur possibles de la réaction. A défaut de précision de la part des auteurs, il est permis de supposer qu'ils se sont inspirés des travaux d'Erlich, Nolf, Remy, Mioni, etc., pour qui les réactions anticorps-antigène suivent « *la loi des proportions définies* » (Mioni, 1905, p. 97).

En effet, c'est surtout à la loi de Proust (1) que l'on a ramené

(1) La vérification de la loi d'action de masse a donné lieu à toute une série de belles expériences, telles sont celles de Arrhenius, Madsen, Dreyer, Levaditi, etc. Mais nous ne pouvons faire une étude critique de ces travaux, car elle nous conduirait fatalement à la formule de

les discussions relatives au mécanisme des réactions anti-corps antigène. Voyons donc tout d'abord si la fixation de l'alexine dans le séro-diagnostic de la syphilis n'est pas susceptible de variations continues.

Pour cela mélangeons un volume convenablement choisi d'*antigène* à une masse déterminée de sérum syphilitique (syphilis secondaire non traitée), on obtiendra ainsi un mélange M. Prélevons, par exemple, douze volumes égaux de M que nous désignerons par les lettres v_1, v_2, v_3 , etc. (2). Puis additionnons chaque prise d'essais, de doses croissantes d'alexine de sorte que v_1 reçoive A alexine; v_2 , 2A alexine; v_3 , 3A alexine; etc. (A pourra être égal à une ou deux unités hémolytiques, suivant la capacité fixatrice de M). Après, un séjour convenable à l'étuve, dosons à l'aide d'une technique appropriée, l'alexine libre dans chaque système fixateur. La différence entre l'alexine totale et l'alexine libre, donnera la quantité d'alexine fixée par chaque système. L'expérience montre que la quantité d'alexine fixée est fonction de la quantité d'alexine mise en contact du complexe *antigène + sérum syphilitique*. Le phénomène est continu au moins à l'échelle de nos observations. L'étude de la réaction type de Bordet, nous ayant conduit aux mêmes conclusions, celles-ci sont donc, d'ordre général.

Nous sommes bien éloignés de la loi des proportions définies : *la proportion suivant laquelle deux éléments se combinent ne peut pas varier de façon continue*. Et si quelques auteurs ont cru vérifier, la loi de Proust, cela tient à ce qu'ils ont étudié une région trop restreinte de la courbe. Le carbone et l'oxygène peuvent, il est vrai, s'unir en plus d'une proportion. Mais alors la variation est très grande « *il y a un bond discontinu* ». Or, on n'observe pas de « *bond discontinu* » dans la fixation de l'alexine. Ces objections étant faites, nous reconnaissons volontiers que de petites valeurs de n dans la formule $C_1 = kC_2^n + B$ puissent singulièrement rapprocher la fixation de l'alexine d'une réaction chimique ordinaire. Mais les valeurs de n obtenues jusqu'à présent ne sont pas de l'ordre de grandeur des valeurs théoriques de

J. Duclaux (1920) : passage de l'adsorption à la réaction chimique ordinaire.

(1) Si nous opérons sur des volumes de 20 ou 40 cc. il est évident que nous devrions utiliser des quantités d'alexine proportionnelles aux masses de liquide expérimentées.

n ayant permis, à J. Duclaux de montrer comment l'adsorption de colloïdes divers pourraient se transformer en réaction chimique ordinaire. D'ailleurs, il ne semble pas que les partisans de la nature chimique du séro-diagnostic de la syphilis aient voulu appuyer leur argumentation sur ces considérations théoriques.

Il nous reste donc une seule hypothèse à envisager (1) : le séro-diagnostic de la syphilis est une réaction chimique parce qu'il décele dans le sérum du malade, la présence de substances relativement définies. Mais pour la majorité des sérologistes la réaction type de Bordet n'est-elle pas, elle aussi, un révélateur de substances déterminées : les anticorps. Nous savons peu de choses, il est vrai, sur la nature de ces entités chimiques (2); mais de ce fait nous ne sommes nullement autorisés à opposer les deux réactions. Il en est de même de la précipitation que l'on peut observer dans le séro-diagnostic de la syphilis. Ce n'est pas un fait particulier (3). Nous ne concevons même pas la fixation de l'alexine sans précipitation. Dans les réactions effectuées avec des Bactéries, des Levures, des spores de Champignons plus différenciés et des extraits divers, le système fixateur, examiné à l'œil nu, est tantôt précipité, tantôt homogène à l'échelle de nos observations. Or, cette homogénéité apparente disparaît immédiatement lorsque la loupe, le microscope et l'ultra-microscope viennent au secours de l'œil impuissant à déceler du discontinu dans le système fixateur. Cependant, il est des cas où la formation des précipités est difficile à mettre en évidence. Mais nous avons des exemples où la floculation fait défaut dans une réaction où la précipitation devrait être la règle générale : l'agglutination des auteurs. Il nous est impossible ici de pousser plus loin l'analyse du phénomène, mais nous n'en maintenons pas moins notre manière de voir.

En résumé, la fixation de l'alexine dans le séro-diagnostic de la syphilis et la fixation de l'alexine dans la réaction type de Bordet sont sous la dépendance des mêmes facteurs (4). Nous ne

(1) Nous ne pouvons, en effet, discuter une hypothèse aussi peu fondée que celle de la destruction de l'alexine, dans le séro-diagnostic de la syphilis.

(2) D'ailleurs il ne saurait en être autrement dans l'état actuel de nos connaissances sur la molécule protéique.

(3) Voir LASSEUR, prochain mémoire.

(4) La connaissance de facteurs nouveaux, et l'emploi de méthodes de mesure plus précise permettront peut-être, d'établir ultérieurement des

croyons pas que cette conclusion puisse donner lieu à des interprétations différentes. Cependant, afin qu'aucune équivoque ne puisse subsister dans l'esprit du lecteur, nous allons encore préciser notre pensée. Nous nous sommes bornés à la constatation des faits et nous avons fait abstraction de toute considération théorique découlant de la doctrine de l'immunité. Nous n'entendons ni infirmer, ni affirmer la présence d'une sensibilisatrice spécifique pour les mélanges antigènes utilisés.

D'ailleurs si la méthode intuitive s'oppose à considérer le séro-diagnostic de la syphilis comme une variante de la réaction de Bordet; la méthode inductive ne s'oppose nullement à cette conception du phénomène. Pour nous, la fixation de l'alexine reste un révélateur des modifications physico-chimiques des humeurs, même lorsqu'il s'agit d'antigènes hétérologues.

G. — L' « antigène » dans le séro-diagnostic de la syphilis.

Extraits d'organes. — Le séro-diagnostic de la syphilis s'est trouvé singulièrement compliqué, au moins en apparence, par les exigences culturales du Tréponème. Et dans l'impossibilité où l'on était de cultiver facilement l'agent de la syphilis, on s'est tout d'abord adressé à des organes humains où ce germe se rencontrait en grande abondance. On pensait alors que les extraits de ces organes renfermaient à côté de substances propres à l'organisme humain des produits d'activité vitale du Tréponème ou des parties constitutives de l'élément pathogène. De ce fait, ces extraits pouvaient servir à déceler une sensibilisatrice spécifique. Or, cette hypothèse n'est pas aussi peu justifiée qu'on paraît le croire communément. En effet, des quantités extrêmement faibles de substances antigènes peuvent conférer des propriétés antigéniques à des masses relativement considérables de complexes colloïdaux (1). Il n'y aurait donc rien de surprenant à ce qu'un extrait aqueux

différences dans le mécanisme de ces deux réactions. Mais aux raisons théoriques, plaidant en faveur de cette hypothèse, on peut opposer des considérations inductives tout aussi valables.

(1) Certains produits toxiques dépourvus de pouvoir antigénique acquièrent la propriété de provoquer la formation d'anticorps lorsqu'on les met en contact de complexes albuminoïdes. Les faits observés par Desmoulières (*Presse Médicale*, 5 novembre 1915) sont susceptibles d'une interprétation analogue (rôle de l'adsorption et de l'ionisation, modification de la surface de contact).

de foie syphilitique riche en Tréponèmes, jouisse de propriétés antigéniques, au sens étroit du terme. Et nous ajouterons même qu'aucun fait expérimental connu jusqu'à ce jour, ne permet, *a priori*, d'infirmer cette hypothèse. Mais les travaux de Marie et Levaditi imprimèrent une orientation toute nouvelle aux recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis. Et à partir de cette époque, de nombreux chercheurs s'ingénierent à découvrir des produits nouveaux pouvant fixer l'alexine en présence de sérum syphilitique.

Méthode d'appréciation de la valeur des mélanges antigènes.

— Tous les-sérologistes ayant présent à la mémoire les différents mélanges successivement pronés comme étant l'antigène idéal, nous n'avons pas à faire une étude critique de ces diverses suspensions qui sont d'ailleurs de valeurs fort différentes. Nous limiterons notre exposé à l'étude des méthodes d'appréciation de la valeur de ces « antigènes ». Pour tout sérologiste, les mélanges utilisés dans le séro-diagnostic de la syphilis doivent permettre la fixation de l'alexine en présence de sérum syphilitique, et ne doivent pas s'opposer à l'hémolyse lorsqu'on remplace dans le système fixateur le produit syphilitique par un sérum provenant d'un individu sain.

Conformément à cette conception, étudions une série d'extraits alcooliques, cétoniques, étherés, d'organes syphilitiques ou de cœurs d'animaux divers et voyons comment les choses se passent. Etudions *N* extraits, chacun ayant été préparé suivant une technique appropriée. Si nous mettons successivement chaque extrait en présence d'un sérum syphilitique *S* et d'un sérum provenant d'un individu non syphilitique *NS*, nous constatons que *n* extraits répondent aux desiderata exprimés plus haut. En d'autres termes, *n* extraits paraissent jouir de propriétés fixatrices identiques. Mais substituons à la notion d'analyse qualitative, celle d'analyse quantitative du phénomène. Et au lieu de sérum syphilitique, utilisons des dilutions au $1/25$, $1/50$, $1/80$, $1/100$ de ce même sérum de telle façon que l'unité d'antigène soit en présence de quantités de plus en plus faibles de sérum syphilitique. En outre, à chaque système *antigène + sérum syphilitique dilué*, ajoutons des quantités croissantes d'alexine. Nous observons immédiatement des différences sensibles dans les propriétés fixatrices de ces *n* extraits. La quantité d'alexine fixée varie avec l'antigène considéré. Ainsi certains antigènes fixent seulement

une unité hémolytique avec le sérum dilué au 1/10, tandis que d'autres fixent encore 10 unités hémolytiques en présence de sérum dilué au 1/50. Ces derniers antigènes sont rares. Or, pour éviter les « réactions douteuses » des sérums suspects et les « réactions positives » des sérums non syphilitiques, il est indispensable d'utiliser des antigènes à pouvoir fixateur élevé. En effet, on sait que pour la majorité des antigènes préconisés, les choses se passent comme si les mélanges possédaient à des degrés variables, il est vrai : 1° un pouvoir anti-hémolytique ; 2° un pouvoir fixateur notable en présence de sérums syphilitiques ; 3° un faible pouvoir fixateur en présence de sérums non syphilitiques (1).

Si le deuxième pouvoir est suffisamment exalté, il sera possible évidemment de diluer la solution antigène et de l'amener à une concentration telle que le premier et le troisième pouvoirs de l'antigène ne soient plus perceptibles à l'échelle de nos observations.

L'étude des trois propriétés dont il est parlé ci-dessus doit être complétée par celle de la vitesse de la réaction et du titre de l'alexine libre dans l'état final. Ces deux grandeurs peuvent être déterminées par des titrages de l'alexine libre, après des temps t_1 , t_2 , t_3 , ... dans une série de systèmes *antigène + sérum syphilitique + alexine en excès*. A la suite de ces différentes épreuves, certains antigènes seront définitivement rejetés, c'est le plus grand nombre ; d'autres sont utilisables sous réserve de corrections ultérieures. Enfin, les derniers, ils sont rares, peuvent être utilisés sans modification préalable. Au premier abord, l'appréciation d'un antigène peut paraître une opération longue et délicate, mais en réalité, elle ne présente aucune difficulté technique.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'éviter ce travail préliminaire. Cependant, l'antigène ayant été judicieusement étudié, il n'est pas indispensable de s'assujétir à une vérification de l'ensemble des propriétés à chaque série de séro-diagnostic, et le contrôle de propriétés convenablement choisies est suffisant à la condition d'observer certaines règles dans la

(1) Ces trois pouvoirs sont l'expression d'une seule qualité de l'« antigène » : la propriété adsorbante de la phase dispersée. Dans le cas particulier cette propriété est rendue objective à trois échelles différentes. On observe un phénomène analogue dans la réaction type de Bordet. Voir LASSEUR prochain mémoire.

préparation des dilutions aqueuses, devant fonctionner comme antigène. On doit opérer sur des volumes de solution alcoolique, suffisants pour que les erreurs de lectures soient pratiquement négligeables. De plus, si on utilise des solutions cétoniques ou alcooliques, les mesures de ces solutions doivent être effectuées à une température déterminée, choisie arbitrairement une fois pour toutes. Enfin, on réduira au minimum l'importance du coefficient personnel dans l'addition d'eau à la solution alcoolique (écoulement libre de l'eau physiologique par un tube répondant à la loi de Poiseuille, température constante, etc.).

Les cultures de Tréponèmes dans le séro-diagnostic de la syphilis. — Etant donné les soins qu'exige la préparation des « antigènes », les sérologistes regrettent de ne pouvoir multiplier facilement le Tréponème, *in vitro*. Il est incontestable que le séro-diagnostic de la syphilis gagnerait à l'obtention d'une culture pure de Tréponème. Cependant, il ne faut pas exagérer, outre mesure, l'importance de ce facteur, car ce n'est pas de lui seul que dépend la solution des divers problèmes soulevés au cours de l'étude de la réaction de fixation. Il ne résoudrait même pas en entier la question de l'antigène. En effet, le pouvoir fixateur d'une espèce microbienne varie avec la souche considérée, le milieu de culture employé, l'âge de cette dernière, etc.

Il faudrait aussi songer à l'atténuation de la virulence du germe (1) si l'on veut faire accepter par tous les sérologistes, des manipulations journalières de Tréponèmes vivants. L'utilisation du Tréponème mort nous conduisant à envisager l'intervention d'agents chimiques ou physiques dont l'influence sur le pouvoir fixateur ne serait pas négligeable. On peut logiquement prévoir des complications déterminées par les cosensibilisatrices (pour le *pian* par exemple) et les sensibilisatrices hétérologues. Mais, l'emploi de techniques convenables permettrait, il est vrai, d'éviter ces causes d'erreur. D'ailleurs, les ennuis résultant de ces petites difficultés ne seraient-ils pas largement compensés par les bénéfices que l'on pourrait retirer d'une réaction toujours positive dans la syphilis ancienne ? A l'aide des techniques journalièrement utilisées, il n'est nullement démontré que l'on puisse

(1) Fait que les travaux de LEVADITI et MARIE (1919) rendent vraisemblable.

arriver à ce résultat (1) ce qui n'implique pas d'ailleurs que des méthodes plus sensibles soient incapables de détecter la sensibilisatrice syphilitique à un stade avancé de l'infection.

H. — *Mesure directe de la floculation dans le diagnostic de la syphilis.*

La complexité du phénomène de la fixation de l'alexine peut suggérer l'emploi de méthodes plus simples pour apprécier les modifications des humeurs dans l'infection. La précipitation entre colloïdes et sérum syphilitique a tout d'abord retenu l'attention des sérologistes. Mais, dans de remarquables travaux, Vernes et Douris (2) ont montré quelles erreurs comportait la mesure directe de la floculation. Les recherches que nous avons effectuées avec des hydrosols divers (métalliques et organiques), nous ont conduit aux mêmes conclusions. Et les procédés basés sur les changements de coloration des hydrosols présentent des causes d'erreurs analogues.

I. — *Les constantes physiques des sérums et le diagnostic de l'infection.*

Les difficultés inhérentes à la fixation de l'alexine et à la mesure directe de la floculation ont pu faire songer au diagnostic indirect de l'infection par l'étude des constantes physiques des humeurs. Mais l'expérience montre que la chose paraît peu réalisable actuellement. Nous ne pouvons pas aborder ici l'étude des problèmes se rapportant à cette question, c'est une discussion qu'il serait impossible de faire brièvement et sans accumulation de détails techniques.

J. — *Conclusions.*

N'ayant donné de la réaction de la fixation de l'alexine que des approximations, nous ne saurions attribuer à cette réaction

(1) On connaît les analogies présentées par la syphilis et la tuberculose. Or, le sérum de tuberculeux peut être dépourvu de sensibilisatrice dans les stades avancés ou dans les cas graves.

(2) Il y a lieu de remarquer que dans les travaux de VERNES et DOURIS, on trouve une idée vraiment originale.

une spécificité absolue, mais seulement une spécificité relative. D'ailleurs, il n'est pas légitime d'employer le mot absolu au sujet d'une relation expérimentale.

Nos conclusions ne sont donc valables que jusqu'à la limite de la précision de nos mesures. Mais nous ferons remarquer que nous n'avons pas jusqu'alors constaté d'écarts qui soient notablement en dehors des limites des erreurs d'expérience possibles.

Aussi estimons-nous que la fixation de l'alexine est appelée à rendre de grands services dans le diagnostic de l'infection en général, à la condition toutefois, que technique et théorie progressent de pair.

II. — INTERPRÉTATION CLINIQUE DES RÉSULTATS FOURNIS PAR LA SÉROLOGIE AU DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS

C'est en tenant compte des causes d'erreur signalées plus haut que l'un de nous a pratiqué depuis 5 ans plusieurs milliers de séro-diagnostics (1). Nous avons maintes fois constaté, grâce à de fréquents contrôles, que des résultats provenant de laboratoires divers et signalés comme étant en discordance absolue avec l'observation clinique, ne concordaient pas avec nos recherches. Les résultats que nous allons exposer nous ont laissé croire jusqu'à présent que la sérologie de la syphilis était d'un précieux secours pour le diagnostic et le traitement des diverses manifestations syphilitiques. Il ne s'agit pas ici d'idées préconçues émises dans le but de défendre une recherche de laboratoire contre les reproches qui ont pu lui être adressés, mais d'un exposé de faits cliniques et d'examens sérologiques interprétés aussi impartialement que possible.

Après avoir donné un aperçu de l'ensemble de nos recherches, nous essaierons de fixer les conclusions qui paraissent s'en dégager. De l'ensemble des séro-diagnostics effectués par l'un de nous, nous en avons retenu 896 se rapportant à des observations soigneusement étudiées et qui peuvent nous permettre des affirmations justifiées.

(1) Ces recherches commencées au Laboratoire de Bactériologie de la 20^e Région dirigé par M. le Pharmacien-Major BRUNTZ, ont été continuées au Laboratoire d'Histoire Naturelle de la Faculté de Médecine de Nancy.

Ces 896 réactions sont divisées en deux séries, la première comprenant les cas où aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire n'avait pu être décelé lors de l'examen clinique; la seconde comprenant les cas de syphilis avérée ou révélée par l'examen sérologique puis confirmée par les résultats du traitement spécifique.

1° Séro-diagnostics effectués chez des malades ne présentant aucun signe clinique de syphilis acquise ou héréditaire.

ÉTATS PATHOLOGIQUES	RÉACTION			ÉTATS PATHOLOGIQUES	RÉACTION		
	Nombre de cas	—	+		Nombre de cas	—	+
Artério-sclérose diffuse.	1	1	—	Pityriasis rosé	1	1	—
Dermographisme	1	1	—	Périostite sternum.	1	1	—
Leucoplasie buccale.	1	1	—	Psoriasis	5	5	—
Pelade	7	7	—	Chancres mous anciens.	17	15	2
Sinusite.	1	1	—	Bubons.	4	4	—
Prurigo.	2	2	—	Balanite	2	2	—
Purpura	2	2	—	Cancer utérin	4	4	—
Herpès facial	3	3	—	Epithélioma de la face.	6	6	—
Herpès génital	1	1	—	Cancer intestinal	2	2	—
Angines de Vincent.	2	2	—	Encéphalite léthargique	1	1	—
Lésions aphteuses	2	2	—	Ascite	6	6	—
Furonculose.	1	1	—	Compression laryngée	1	1	—
Erythèmes toxiques	4	4	—	Paraplégie post-typhique.	1	1	—
Ulcères de jambes.	13	12	1	Paralysies diverses	13	13	—
Lupus érythémateux.	4	4	—	Neurasthénie	7	7	—
Eczémas divers	7	7	—	Epilepsie	9	9	—
Impétigo	2	2	—	Psychasthénie.	5	5	—
Pyodermites.	1	1	—	Cirrhose	6	6	—
Acné lupoïde.	1	1	—	Ictère.	7	7	—
Kératodermie plantaire.	1	1	—	Pneumonie	9	9	—
Vitiligo.	1	1	—	Endocardite.	4	4	—
Erythème pellagroïde	1	1	—	Asystolie	5	5	—
Tuberculides	2	2	—	Erosions du col utérin (métrites blennorrhagiques)	13	13	—
Lichen scrofulosorum	1	1	—	Néphrite interstitielle	8	8	—
Engelures.	1	1	—	Lithiase rénale	2	2	—
Erythème polymorphe	2	2	—	Lésions oculaires diverses.	5	5	—
Sclérodermie	2	2	—	Syphilophobie	7	7	—
Lichen plan atrophique.	1	1	—	Totaux	221	216	5
Erythrodermie exfoliante.	1	1	—				
Papillome vulvaire	1	1	—				
Echantillons de sérum examinés.				221			
Réactions négatives.				216			
Réactions positives				5			

Si nous jetons un coup d'œil sur ce tableau nous constatons que sur 221 malades, ne présentant aucun signe de syphilis, le séro-diagnostic a été négatif 216 fois, et cela au cours des états pathologiques les plus divers. Sur les 5 résultats positifs nous trouvons un cas d'ulcère de jambe non amélioré par le traitement, un cas d'acné lupoiide, un cas de *lichen scrofulosorum* avec adénites multiples à allure bacillaire et deux cas de chancres mous anciens. Il est très possible que chez les trois premiers malades il y ait eu de la syphilis acquise méconnue, ou de la syphilis héréditaire; chez les deux derniers rien ne nous permet d'affirmer que les chancres mous n'étaient pas en réalité des chancres mixtes. Tout compte fait, il nous semble donc qu'on est en droit de constater que dans cette statistique le séro-diagnostic est négatif dans l'immense majorité des cas, lorsqu'il n'existe aucune manifestation extérieure ancienne ou récente de la syphilis.

Si nous ne tenions pas à baser notre argumentation uniquement sur des documents cliniques pouvant être fournis sans délai, nous pourrions citer une seconde série toute aussi favorable. En effet, sur 150 examens de sang (échantillons de sang provenant de malades atteints d'affections diverses) effectués pour une Clinique médicale, nous n'avons eu qu'un seul séro-diagnostic positif en discordance avec la clinique.

Nous croyons devoir mettre à part 102 examens effectués chez des prostituées envoyées au dispensaire de la clinique par les médecins du dispensaire municipal, à l'effet de savoir si ces femmes devaient être considérées comme suspectes de syphilis. Les recherches sérologiques donnèrent 91 résultats négatifs et 11 résultats positifs. Il est très vraisemblable que chez un grand nombre de ces 11 femmes, prostituées de métier, il pouvait y avoir eu syphilis méconnue. Au reste sur ces 11 femmes, deux ont déjà présenté, depuis le séro-diagnostic, des lésions syphilitiques génitales non douteuses, et attribuables à une infection déjà ancienne.

Nous attirons l'attention, en passant, sur le rôle prophylactique important joué dans les dispensaires par le séro-diagnostic. C'est un bon moyen pour dépister les syphilis méconnues, pour traiter les femmes malades et pour diminuer, par là-même, les contaminations. La seule erreur possible consisterait, de temps à autre, à traiter une prostituée pour une syphilis qu'elle n'a pas.

Le mal ne serait pas bien grand, comparé aux immenses bénéfices qu'on peut retirer du traitement préventif chez de nombreuses malades.

2° Séro-diagnostic effectués chez des malades atteints de syphilis avérée ou décelée à la fois par l'examen sérologique et par les résultats rapidement efficaces du traitement spécifique.

	Nombre de cas	+	-
A. — Malades atteints de lésions syphilitiques secondaires en évolution (non traitées)	193	189	4
B. — Malades atteints de lésions syphilitiques tertiaires (syphilis non traitée ou insuffisamment traitée)	60	48	12
C. — Malades atteints de lésions présentant les caractères des lésions syphilitiques — Syphilis méconnue non traitée, guérison rapide par le traitement	26	26	
D. — Malades atteints depuis plusieurs années de syphilis insuffisamment soignée (atteintes multiples de la maladie)	76	74	2
E. — Malades atteints depuis plusieurs années de syphilis, paraissant bien soignée par le mercure ou l'arsenic	183	48	135
Les 48 cas positifs se décomposent ainsi :			
1 ^{re} année d'infection	10	8 ^e année d'infection	3
2 ^e »	8	10 ^e »	2
3 ^e »	5	12 ^e »	2
4 ^e »	6	13 ^e »	1
5 ^e »	4	15 ^e »	2
6 ^e »	3	17 ^e »	1
7 ^e »	1		
F. — Malades atteints de tabes confirmé (sang et liquide céphalo-rachidien)	21	17	4
G. — Malades atteints de paralysie générale progressive (sang et liquide céphalo-rachidien)	5	5	
H. — Malades atteints de syphilis héréditaire	9	7	2
Totaux	573	414	159

Ces différentes statistiques demandent à leur tour à être expliquées. Au cours de la période secondaire, chez les malades présentant des accidents en évolution, la R. W. est presque toujours positive : 189 R. + sur 193 cas (Stat. A). L'erreur possible est donc seulement d'environ 2,5 o/o. La proportion des résultats

négatifs est plus élevée au cours des manifestations tertiaires : 12 R — sur 60 cas (Stat. B). Il n'y a là rien que de très naturel, car il s'agit très souvent d'infections anciennes plus ou moins modifiées par le traitement. Il y a du reste de telles différences cliniques, entre la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire qu'il n'est pas extraordinaire qu'on retrouve également entre ces deux périodes de la maladie des différences sérologiques appréciables. Si on compare un syphilitique secondaire couvert d'efflorescences cutanées et muqueuses, avec un syphilitique tertiaire atteint d'une seule lésion ulcéro-croûteuse, limitée en un point du tégument externe, on peut ne pas trouver étrange que les modifications humérales ne soient plus chez le second, ce qu'elles sont chez le premier.

Dans la syphilis méconnue, à manifestations cutanées, muqueuses ou viscérales, le séro-diagnostic nous a permis 26 fois sur 26 malades examinés d'affirmer le diagnostic et de guérir rapidement les lésions observées, par un traitement approprié. La statistique D montre clairement que chez les malades dont la syphilis, déjà ancienne, a été d'une façon notoire, insuffisamment traitée, la R. W. est presque toujours positive : 74 fois sur 76 cas. Chez ces malades la persistance d'une réaction positive coïncidait avec des reprises plus ou moins fréquentes de la maladie. Lorsqu'on est en droit de croire que le traitement a été bien conduit et poursuivi avec persévérance, le nombre des résultats négatifs est très élevé (Stat. E). Sur 183 malades se trouvant dans ces conditions, la R. W. est négative 135 fois. Chez ces 135 malades, il n'y avait pas eu d'accidents depuis plusieurs années. L'étude des 48 cas de réaction positive, démontre que la positivité s'observe surtout, quel que soit le traitement, mercuriel ou arsenical, dans les premières années de l'infection. Sur 48 malades, on trouve 36 résultats positifs dans les 6 premières années, la première année se chiffrant par 10 et la seconde par 8. Il est vraiment difficile de ne pas constater que dans une telle statistique, le séro-diagnostic marche de pair avec les enseignements de la clinique. Le tableau E est conforme aux statistiques cliniques démontrant que les risques de reprise de l'infection diminuent avec son ancienneté, les 6 premières années étant vraiment les années dangereuses. Pour ce qui est du tabes, de la paralysie générale et de la syphilis héréditaire, nous n'avons que peu de chiffres à fournir, tout au moins parmi ceux qui peuvent nous

permettre de fournir des documents cliniques irréfutables. Il n'en est pas moins vrai que la proportion des résultats positifs est imposante, atteignant 17 sur 21 dans le tabes, 5 sur 5 dans la paralysie générale et 7 sur 9 dans la syphilis héréditaire.

Des résultats identiques ont été observés pour tous les autres séro-diagnostic, notamment pour ceux effectués pendant la guerre dans les centres vénéréologiques de Nancy, de Toul (1), de Frouard, de Saint-Nicolas et d'Haroué. Dans les centres de Toul et de Frouard il fut effectué pendant plusieurs mois 80 séro-diagnostic par semaine. Les différents médecins qui se sont succédé dans ces cinq centres ont constaté que dans l'immense majorité des cas, les résultats du laboratoire coïncidaient avec ceux de l'examen clinique.

Etant donnés les résultats obtenus depuis 5 ans d'une façon constante, que devons-nous penser du séro-diagnostic ? La discordance entre ces résultats et ceux fournis par certains laboratoires n'est-elle pas plus apparente que réelle ? Nous basant sur les considérations exposées dans la première partie de cette étude, nous pensons que la question technique joue un rôle considérable dans l'appréciation des documents fournis par le séro-diagnostic de la syphilis. Un examen sérologique est une opération très délicate ; les causes d'erreur sont multiples et peuvent fausser les résultats de la recherche. C'est donc une dangereuse erreur de vouloir, par principe, transformer le séro-diagnostic en un procédé infaillible de contrôle.

D'accord avec beaucoup d'auteurs, nous pensons que la réaction négative ne peut avoir la prétention de justifier la conduite du médecin contre toute vraisemblance clinique. Le séro-diagnostic fait partie des symptômes que le médecin a le devoir d'interpréter de façon à constituer un ensemble de preuves qui lui permettront d'édifier son diagnostic. Lorsque ces preuves sont rassemblées il porte un jugement qui, de ce fait, aboutit à l'établissement d'un traitement destiné à guérir la maladie envisagée. Si le médecin a la conviction que le laboratoire se trompe, il ne doit jamais faire perdre à son malade, le bénéfice d'un traitement d'épreuve. Le laboratoire ne peut imposer, sans discussion, une

(1) Nous adressons à M. le Dr G. THIRY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, nos sincères remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a bien voulu, durant la guerre, nous adresser de nombreux échantillons de sérum syphilitique.

ligne de conduite au clinicien. Si, pour notre part, nous observons presque toujours, une concordance très étroite entre la clinique et le laboratoire, nous savons que bien souvent il n'en est pas de même; dans les cas où la discordance existe, il faut savoir choisir la voie qui permettra d'arriver le plus sûrement et le plus rapidement au but, qui n'est autre que la guérison des manifestations pathologiques.

A cet égard, nous rappellerons les deux observations suivantes. La première concerne un malade de 60 ans, marié et père de deux grands enfants, bien portants. Il est atteint brutalement d'une paralysie de la paupière gauche et du droit interne. Son médecin fait faire un séro-diagnostic qui est négatif. Contre l'avis de ce médecin nous effectuons, malgré tout, un traitement spécifique intensif qui a rapidement raison des accidents. La deuxième concerne une femme de 40 ans atteinte depuis 6 ans de crises gastralgiques violentes, qu'aucun traitement n'avait pu améliorer. Les réflexes rotuliens sont abolis; le séro-diagnostic est négatif. La malade refuse la ponction lombaire qui ne peut être pratiquée. Un traitement arsenical fait rapidement disparaître les phénomènes douloureux, et devant ce résultat, le mari de la malade avoue avoir eu, 18 ans auparavant, une syphilis qu'il a soignée pendant quelques années seulement et au cours de laquelle il a vraisemblablement contaminé sa femme. Si dans ces deux cas, on s'en était tenu rigoureusement à la recherche de laboratoire, on serait passé à côté du diagnostic et on n'aurait pas utilisé le seul traitement susceptible d'amener la guérison. Ces deux cas de négativité ne prouvent pas le danger du séro-diagnostic; ils montrent simplement que le médecin ne doit pas se baser uniquement sur une recherche de laboratoire, qui peut être défailante.

MM. J. Nicolas et J. Gaté (1) signalaient dernièrement, dans un très intéressant mémoire, le cas d'un malade de 50 ans, syphilitique depuis l'âge de 20 ans et atteint vers la quarantaine de manifestations tabétiques indiscutables. La réaction de Wassermann étant négative, on lui répondit constamment pendant 3 ans et demi, que ses manifestations douloureuses, n'avaient aucun rapport avec sa syphilis ancienne et on ne se décida à le soigner

(1) J. NICOLAS et J. GATÉ. La réaction de Wassermann du sang. Sa valeur théorique, sa valeur pratique, ses méfaits. *Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 3, 1920, p. 121.

que le jour où la réaction fut devenue positive. Nous ne voyons vraiment pas en quoi une observation de ce genre permet d'incriminer le séro-diagnostic. Elle prouve simplement que le médecin de ce malade s'était laissé influencer par le laboratoire et avait fait fausse route. On voit journellement des tuberculeux avérés qui n'ont pas de bacilles dans leurs crachats. Renonce-t-on pour cela à leur donner les soins nécessaires et réclame-t-on la suppression des recherches de bacilles sous prétexte qu'il est des cas où on ne les trouve pas alors que l'infection existe d'une façon indiscutable ? Certaines observations rapportées dans le mémoire de MM. J. Nicolas et J. Gaté sont passibles, à notre avis, des mêmes objections. Nous pourrions en citer de nombreuses, du même genre, en les interprétant différemment. Que ce soit à la période secondaire ou à la période tertiaire nous devons savoir que la réaction de Wassermann peut ne pas concorder avec la clinique. Si la clinique paraît imposer le diagnostic, notre devoir est de suivre la clinique. Qui donc songerait sérieusement à soutenir une thèse contraire !

Nous avons vu, il y a quelques mois, un jeune malade de 23 ans, atteint depuis 15 jours d'un chancre induré classique du sillon balano-préputial. Son médecin lui avait fait faire 2 séro-diagnostic qui, naturellement, avaient été négatifs et il nous envoyait le malade en nous disant : « je crois à de la syphilis, mais je ne me décide pas à commencer le traitement parce que la réaction est négative ». Le même jour, une recherche de Tréponème à l'ultra-microscope, seule recherche utile dans les cas de ce genre, nous montrait le corps du délit. Cette observation, comme toutes celles du même genre est des plus instructives. Nous ne nous en servirons pas cependant pour la signaler comme un méfait du Wassermann mais bien comme une erreur médicale due à ce que l'instruction du médecin, en matière de syphiligraphie, est encore, de nos jours, trop souvent insuffisante. Le médecin qui commet de telles erreurs en commettra aussi bien pour le diagnostic et le traitement de nombreux autres états pathologiques, dans lesquels le séro-diagnostic n'a rien à voir.

Nous avons la chance d'observer une concordance très fréquente entre la clinique et le laboratoire. Nous n'avons pas, malgré ces résultats très favorables, la prétention d'affirmer que toute réaction négative signifie absence de syphilis. Il se passera encore bien des années avant qu'une recherche de laboratoire,

quelle qu'elle soit, puisse être considérée comme une vérité intangible.

Comment interpréter dans ces conditions les réactions négatives au cours de la syphilis ? En nous basant sur les résultats que nous observons journellement, nous estimons que dans la syphilis secondaire, les erreurs sont tellement minimes qu'elles ne peuvent guère entrer en ligne de compte. Pour la syphilis tertiaire c'est différent. Il est possible, comme nous le disions plus haut, que la réaction négative soit due à l'ancienneté de l'infection, au nombre plus restreint de Tréponèmes en circulation, à la modification des réactions humorales à une période avancée de la maladie, peut-être même à des modifications du Tréponème. Il est possible également qu'elle soit due à l'influence du traitement antérieur ou à la latence de l'infection. Nous venons d'observer un malade dont la syphilis remonte à 19 ans et qui, s'étant soigné avec des injections mercurielles, n'a plus eu depuis plusieurs années de manifestations syphilitiques. Pendant les 5 dernières années, la réaction a été négative. A la fin de la 19^e année d'infection, la réaction, négative depuis 5 ans, redevint positive. On prévint le malade d'avoir à se méfier. Pour des raisons personnelles il fut obligé de reculer le traitement et fut atteint 3 mois après, d'une paralysie faciale, d'origine centrale. Cette observation est vraiment démonstrative et prouve que la surveillance sérologique de la syphilis est justifiée. Si on avait pu, suivant les indications sérologiques, refaire du traitement à ce malade, il serait probablement resté indemne.

On pourrait citer beaucoup d'autres observations identiques. Il est du reste vraisemblable que chez de nombreux anciens syphilitiques, l'infection restant latente pendant plusieurs années, la réaction peut rester négative pendant le même laps de temps. Rappelons à cet égard l'histoire d'un malade de 70 ans, que nous avons soigné il y a 8 ans, qui avait eu la syphilis à l'âge de 20 ans et qui s'était traité avec quelques pilules de protoiodure. Pendant 40 ans il n'avait rien présenté jusqu'au jour où, à l'âge de 70 ans, il avait fait des gommès de la jambe. Il est très possible que le séro-diagnostic ait été négatif chez lui pendant près de 40 ans, en raison de la quiescence de l'infection. Au moment de l'apparition des gommès nous l'avions trouvée positive et elle avait permis de hâter l'application du traitement curateur alors que le malade avait été soigné pendant des mois pour de vulgaires ulcères variqueux.

Nous croyons vraiment, dans les conditions où nous nous plaçons, que la réaction négative ne se produit qu'exceptionnellement à la période secondaire et rarement à la période tertiaire. Malgré les cas négatifs, qui ne doivent jamais empêcher le traitement d'épreuve, nous estimons donc que le séro-diagnostic est d'un grand intérêt au point de vue du diagnostic et du traitement.

Si nous pensons qu'une réaction négative ne peut pas servir à affirmer l'absence de syphilis, nous estimons, par contre, qu'une réaction positive a une valeur telle qu'il est exceptionnel de la trouver en défaut. Les faits observés par nous montrent que dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, le séro-diagnostic positif s'observe exclusivement chez les malades entachés de syphilis. Nombreux sont les auteurs qui ont signalé des réactions positives dans les états pathologiques les plus divers. MM. J. Nicolas et J. Gaté les rappelaient à nouveau dans leur récent travail. Nos résultats sont totalement différents. On nous objectera peut-être, que ces résultats sont exceptionnels; voilà cependant plusieurs années qu'ils se maintiennent sans aucune contradiction. Sans même incriminer les fautes de technique nous pensons que, bien souvent, des réactions positives ont pu être attribuées à des malades non syphilitiques alors qu'en réalité l'infection avait existé, mais était restée méconnue.

Pour la lèpre notamment, M. le médecin principal Mathis avec lequel nous avons eu l'occasion de travailler pendant la guerre au laboratoire de bactériologie de la VIII^e armée, nous a affirmé bien souvent qu'il n'avait jamais vu de réaction positive dans la lèpre. Un travail de cet auteur (1) paru en 1915, signale que chez 41 lépreux, la réaction de Wassermann a été toujours négative. Dans la malaria nous pensons qu'il en est de même, c'est également la conclusion du travail de Mathis et Heymann (2) publié en 1915 à la Société de Pathologie exotique.

Nous avons observé, il y a quelques mois, un officier, vieux paludéen, qui présentait dans l'angle interne de l'œil gauche une lésion ulcéro-croûteuse d'allure syphilitique. Le malade niait

(1) C. MATHIS et R. BAUJEAN. La réaction de Wassermann dans la lèpre. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, t. VIII, 1915. Séance du 12 mai 1915, pp. 252-258.

(2) C. MATHIS et P. HEYMAN. La réaction de Wassermann dans le paludisme. *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*. Séance du 12 mai 1915, p. 258.

toute syphilis ; le séro-diagnostic fut positif. La dernière crise de paludisme remontait à 13 mois et on aurait pu voir là un nouvel exemple de réaction de Wassermann positive dans l'infection due à l'Hématozoaire. Or, en présence de la guérison rapide de cet accident par des injections arsenicales, le malade reconnut au cours d'un interrogatoire minutieux, qu'il avait eu, 23 ans auparavant, deux petits chancres sans importance qui avaient duré une quinzaine de jours. La soi-disant réaction de Wassermann positive au cours de la Malaria était, de ce fait, plus naturellement expliquée.

Il en est de même de l'angine de Vincent. Nous avons eu, à ce propos, l'occasion d'observer récemment deux malades soignés par deux laryngologistes pour des angines de Vincent avec examen positif pour les Spirilles et les Bacilles fusiformes. Ces deux angines avaient guéri avec des applications locales de Novarsénobenzol et une seule injection intra-veineuse de Novarsénobenzol. Or, quelques semaines après, nous examinâmes les malades pour des céphalées tenaces avec douleurs ostéocopes ; leur séro-diagnostic était positif et quelques jours après ils présentaient tous deux des syphilides bucco-pharyngés. Hasard, nous dira-t-on ? mais hasard qui doit nous faire réfléchir avant de porter un jugement hâtif et qui doit nous porter à beaucoup de prudence lorsqu'il s'agit d'affirmer que des angines de Vincent guérissent par une seule injection arsenicale. Il peut, dans les cas de ce genre, s'agir comme chez nos deux malades de chancres amygdaliens qui, tôt ou tard, seront suivis des manifestations secondaires habituelles de la syphilis. Ces manifestations secondaires peuvent n'apparaître que tardivement, elles peuvent même passer inaperçues jusqu'au jour où le malade fera des localisations tertiaires plus ou moins graves.

Nous avons vu dernièrement un malade qui, il y a 19 ans, avait soigné un chancre syphilitique avec 25 pilules de protoiodure. Aucun accident syphilitique ne fut observé pendant 19 ans, mais une lésion ulcéreuse de l'aile du nez survint brusquement après cette longue période de latence. On peut bien reconnaître à une intra-veineuse arsenicale le même pouvoir « curateur » pendant 19 ans, qu'à 25 pilules mercurielles.

Une réaction positive permet souvent de déceler des syphilis plus ou moins longtemps méconnues. Nous n'en citerons, comme preuve, que les quelques exemples suivants qui sont bien en

faveur du rôle heureux que peut jouer le séro-diagnostic dans les syphilis ignorées.

1° Une femme de 40 ans présente depuis quelques mois de l'inégalité pupillaire, de l'exagération des réflexes rotuliens et des crises épileptiformes fréquentes. Le séro-diagnostic est positif, bien qu'il soit impossible de trouver trace d'une infection syphilitique antérieure, l'infection étant niée par le mari. Le traitement fait disparaître les crises en quelques semaines, et, grâce à ce résultat, rapidement acquis, le mari avoue une syphilis datant de 18 ans, très insuffisamment traitée.

2° Un malade de 57 ans, sans syphilis connue, présente brusquement en février 1918, de la parésie des jambes avec tremblement de la langue et dysarthrie. Comme il ne se rappelle pas avoir eu la syphilis, son médecin renonce à l'idée de faire du traitement spécifique. En mai 1920 les accidents s'accroissent; nous voyons alors le malade pour la première fois; le séro-diagnostic est positif. Un traitement arsenical amène en 3 semaines la disparition de la dysarthrie et de la parésie des membres inférieurs. Le malade se rappelle alors avoir eu à l'âge de 22 ans une blennorrhagie avec un petit chancre.

3° Une femme de 42 ans est atteinte de lésions papulo-crustacées de l'épaule et du bras droit. Elle est soignée depuis près de 2 ans pour des lésions cutanées d'origine inconnue. Nous effectuons un séro-diagnostic qui est positif. La guérison est obtenue en 15 jours par le traitement arsenical. Le mari avoue par la suite, une syphilis remontant à 15 ans.

3° Un malade de 32 ans présente sur le gland, des lésions papulo-érosives circinées; il a eu 3 ans auparavant une éruption papulo-croûteuse du front. On lui a bien des fois affirmé qu'il n'était pas syphilitique parce qu'il n'avait pas eu de chancre. Le séro-diagnostic est positif; le traitement arsenical guérit rapidement le malade qui raconte alors que son père est mort en 1909 à Bicêtre de paralysie générale. Il s'agirait vraisemblablement chez le fils, d'accidents d'hérédo-syphilis.

5° Une femme de 31 ans présente depuis 2 mois à la commissure labiale gauche une petite lésion ulcéro-croûteuse très suspecte. Elle ne se rappelle pas avoir eu antérieurement d'accidents cutanés ou muqueux pouvant faire soupçonner la syphilis; mais elle a eu deux avortements à l'âge de 20 et 22 ans. Plusieurs médecins l'ont soignée pour des lésions buccales et linguales qui,

toujours, ont été diagnostiquées herpès. Le séro-diagnostic est positif. La lésion guérit rapidement avec des injections arsenicales.

6° Une femme de 43 ans se présente à la clinique avec une ulcération phagédénique ayant détruit l'extrémité du nez et une grande partie de la lèvre supérieure. Cette ulcération date de plusieurs mois et a été traitée pour un *lupus vorax* ; aucun signe de syphilis. Le séro-diagnostic est positif. Au 20^e jour du traitement par les injections intra-veineuses arsenicales, la lésion est complètement cicatrisée.

On pourrait multiplier indéfiniment le nombre de ces exemples ; ils démontrent qu'en de très nombreuses circonstances un séro-diagnostic, effectué dans de bonnes conditions, mettrait les médecins sur la voie du diagnostic et permettrait d'éviter bien des erreurs. Tout en attachant une très grande importance à une réaction positive convenablement effectuée, nous estimons qu'il ne faut pas aller trop loin dans cette voie, et attribuer à la syphilis toutes les manifestations pathologiques qui peuvent survenir chez un malade dont le séro-diagnostic est positif. Un syphilitique peut fort bien avoir une réaction positive, ne plus avoir d'accidents syphilitiques et se trouver atteint d'une affection non syphilitique. Si un syphilitique ancien, à réaction positive, fait une néphrite interstitielle par exemple, on ne doit pas en conclure de façon formelle que cette néphrite interstitielle est de nature syphilitique. A défaut de contrôle anatomique la preuve d'une telle affirmation ne peut être donnée que par la guérison ou tout au moins par l'atténuation des phénomènes morbides, obtenue au moyen d'une médication appropriée. En l'absence de ces moyens de contrôle, il est sage de ne rien affirmer. Il s'agit souvent de simples présomptions et il ne faudrait pas multiplier à l'infini le tableau des états pathologiques qui semblent, aujourd'hui, d'après certains auteurs, ressortir à la syphilis.

Nous estimons que, dans la plupart des cas où la réaction paraît en défaut, il s'agit d'une erreur de technique ou d'interprétation. L'erreur peut-être purement matérielle. Il faut, dans les cas de ce genre, avant de conclure à la non-spécificité, du séro-diagnostic, adresser au laboratoire un nouvel échantillon prélevé avec toutes les garanties nécessaires. Dans les dosages chimiques, la loi prévoit l'expertise et la contre-expertise. Si les résultats de cette seconde ne concordent pas avec ceux de la première, on doit

conclure à la faute de l'analyse et non à celle de la méthode. Nous ne pensons pas qu'on puisse expliquer autrement que par des erreurs de technique les divergences de résultats entre laboratoires différents; si ces divergences n'étaient pas susceptibles de cette interprétation, elles jetteraient définitivement un complet discrédit sur la recherche sérologique au cours de la syphilis. Les erreurs sont donc possibles et la technique joue un rôle considérable dans l'obtention des résultats. L'observation suivante en est une preuve manifeste.

Une fillette de 15 ans, présente une tumeur de l'œil; le médecin fait faire un séro-diagnostic qui est positif. Cette positivité sérologique fait perdre un temps précieux, on essaye pendant de longues semaines le traitement spécifique qui reste inefficace. Un nouveau séro-diagnostic pratiqué par l'un de nous est alors trouvé négatif. Un chirurgien enlève l'œil et l'examen de la tumeur démontre la présence de noyaux sarcomateux. Nous ne pouvons conclure qu'une chose, c'est que le second séro-diagnostic était conforme à la réalité alors que le premier ne l'était pas. On ne pourrait pas attacher d'importance à ce fait s'il était isolé mais nous l'avons vu se renouveler de très nombreuses fois dans des cas analogues. Aucun syphiligraphe impartial ne saurait contester pareil résultat. Il est certain que dans de nombreuses circonstances on ne peut avoir qu'une confiance toute relative dans les résultats d'une telle recherche, qui ne vaut, comme on l'a dit bien souvent, que par sa signature. C'est là, certes, un très gros inconvénient; ce serait une erreur de le dissimuler, mais il n'est pas défendu d'exprimer le souhait que par un accord unanime les sérologistes puissent arriver à déterminer les règles strictes suivant lesquelles le séro-diagnostic devra être effectué, pour être digne de foi. Le séro-diagnostic ne peut être confié à n'importe qui. On ne devient pas plus sérologiste que clinicien en 24 heures. La sérologie devrait être enseignée comme bien d'autres branches de la science médicale.

Si le séro-diagnostic devait supporter la responsabilité des erreurs commises, presque toujours de très bonne foi, par les techniciens, il devrait également être sévèrement condamné pour les nombreux abus auxquels il peut donner naissance. Or, ce serait souverainement injuste d'attaquer une méthode parce que dans certains laboratoires affiliés à de soi-disants instituts de prophylaxie, elle devient affaire purement commerciale. Il existe de

louches officines où le séro-diagnostic, plus ou moins consciencieusement fait, paraît légitimer aux yeux du public crédule des traitements rémunérateurs. Tout cela n'est pas la faute de la réaction de Wassermann. Que demain soit supprimé le séro-diagnostic et toutes les organisations para-médicales découvriraient un autre procédé pour continuer leur peu scrupuleux commerce. C'est une raison de plus pour que nous cherchions à entourer la réaction de Wassermann de toute la rigueur scientifique nécessaire.

Enfin nous ne pouvons pas ne pas reconnaître que l'éducation médicale, en matière de syphilis et de sérologie, laisse encore beaucoup trop à désirer. L'interprétation du séro-diagnostic est très souvent mal faite. Certains médecins ignorent ce que la réaction du sang est susceptible de donner ; ils ignorent même très souvent à quelle période elle doit être pratiquée. Que conclure de l'exemple de ce malade, dont nous avons rapporté plus haut l'histoire, qui avait un chancre mais dont on ne traitait pas le chancre parce que le séro-diagnostic était négatif au 10^e jour de l'accident, sinon que le médecin ne connaissait pas ses obligations professionnelles. Et que dire de ce médecin qui, consulté par un officier, ancien syphilitique, avant un départ pour les colonies lui fait un examen du sang qui est déclaré négatif et lui dit : « vous n'avez plus rien à craindre ». Viennent les fatigues d'une dure campagne, un accès palustre, l'absence imprudente de traitement préventif et le malade était hémiplégique. Ces faits et combien d'autres, qu'il serait trop long de rappeler ici, prouvent surabondamment que l'éducation sérologique du médecin est bien souvent à faire. On a mis trop souvent, depuis quelque temps, sur le compte de la réaction de Wassermann, ce qui ne saurait être imputable qu'à des fautes ou à des négligences professionnelles.

* *

Les résultats des recherches que nous venons d'exposer, nous portent à croire que la question de la sérologie de la syphilis est dominée par sa technique et par son interprétation. Il est des conditions dans lesquelles, après avoir soigneusement éliminé toutes les causes d'erreur, le clinicien a la possibilité d'obtenir, par le séro-diagnostic, des renseignements d'une très grande valeur. Le séro-diagnostic est alors susceptible : 1^o de servir d'appoint au diagnostic dans les cas difficiles ; 2^o de servir de guide pour la direction du traitement et 3^o de donner une indication

précise lorsque, pour une raison quelconque il est nécessaire de prévoir l'avenir possible d'un malade.

Le séro-diagnostic nécessite une technique longue et délicate et demande à être interprété par un clinicien sachant exactement ce qu'elle est susceptible de donner. Ce n'est jamais, nous semble-t-il, comme on a voulu le laisser croire (1), une méthode plus dangereuse qu'utile. Elle ne deviendrait dangereuse que si elle était mal faite, ou mal interprétée, mais elle aurait alors ce caractère de commun avec tous les autres procédés de recherches utilisés en médecine. Les faits que nous avons étudiés depuis plusieurs années nous autorisent à croire qu'une réaction positive est une preuve à peu près certaine de l'existence d'une syphilis récente ou ancienne, sans qu'on puisse pour cela affirmer que les phénomènes pathologiques observés chez le malade dont le sang a été examiné sont dus à l'infection par le Tréponème (2).

Nous sommes également autorisés à penser, à la suite de l'étude à laquelle nous nous sommes livrés, que si la réaction négative ne doit pas entraîner la conviction et prouver d'une façon irréfutable que la syphilis n'existe pas, elle constitue néanmoins dans cette ordre d'idées une très forte présomption. On peut, sans trop risquer de porter un jugement téméraire, estimer que la réaction qui se maintient négative chez un ancien syphilitique est une preuve importante de la latence de l'infection. Nous sommes cependant d'avis qu'une réaction négative ne doit jamais permettre d'aller à l'encontre de la conviction clinique, et qu'elle ne doit jamais apporter d'entrave au traitement d'épreuve. Si le médecin acquiert, au cours de son examen, la presque certitude qu'il s'agit d'une infection syphilitique, il n'a qu'à se déclarer satisfait de sa sagacité, si la sérologie confirme son diagnostic, mais il a le devoir de ne pas l'abandonner si cette même sérologie paraît devoir l'infirmier.

Pour les mêmes raisons, une réaction négative ne peut avoir la prétention de permettre une déclaration de guérison de la syphilis, alors que très souvent, même à la suite des traitements

(1) CHADZYNSKI. Quelle est la valeur réelle de la Réaction de Wassermann pour le diagnostic et le traitement de la syphilis? *Société de Dermatologie*, 8 janvier 1919.

(2) Cette conclusion est conforme à cette donnée par M. BERGERON dans son récent article : les surprises du Wassermann. *Presse médicale*, 2 juin 1920.

les plus énergiques, cette syphilis est simplement en sommeil. Si le séro-diagnostic n'est pas parfait, nous devons chercher à le perfectionner jusqu'au jour où nous pourrons le remplacer par une méthode plus simple et plus rigoureuse. Il serait dangereux de le combattre de parti pris et de jeter le trouble dans les consciences. Notre devoir est d'habituer les jeunes médecins à juger sainement, en cliniciens habitués à apprécier comme il convient les recherches de laboratoire.

La réaction de Wassermann est une arme utile dans la lutte contre la syphilis, au point de vue thérapeutique comme au point de vue prophylactique. Ne l'abandonnons pas, même si elle est imparfaite, avant d'être sûrs d'en avoir trouvé une meilleure.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Réactions consécutives aux injections de sels arsenicaux.

Absence de sensibilité anaphylactisante dans les accidents du novarsénobenzol, par MILIAN. *Paris Médical*, 8 mai 1920, p. 391.

M. a recherché si des malades atteints d'érythème au cours du traitement par le novarsénobenzol possédaient dans leur sang une substance capable de donner à l'animal la sensibilisation au novarsénobenzol, autrement dit, capable de leur communiquer l'anaphylaxie passive. L'expérience pratiquée avec le sang de deux malades, l'un arrivé au déclin d'un érythème scarlatiniforme, l'autre guéri d'un érythème morbiliforme apparus tous deux au cours d'un traitement par l'arsénobenzol a donné un résultat négatif. Deux cobayes inoculés d'abord avec un centimètre cube du sang de ces sujets puis 45 minutes après avec 6 centigrammes de novarsénobenzol en solution dans 5 centimètres cubes de sérum artificiel n'ont présenté aucun phénomène réactionnel, pas plus que deux cobayes pris comme témoins et inoculés avec un sérum humain normal.

L'expérience, recommencée à nouveau avec le sérum d'une femme, grande intolérante, même aux doses de 15 centigrammes aboutit de même à un échec. Ces résultats plaident contre la nature anaphylactique des érythèmes développés au cours du traitement par les arsénobenzols.

R.-J. WEISSENBACH.

Les tubes en caoutchouc, cause de réactions après les injections intraveineuses, particulièrement celles d'arsénobenzol (Tubing as a cause of reaction to intravenous injection, especially of arsphenamin), par STOKES et BUSMAN. *The Journal of the American Med. Assoc.*, 10 avril 1920, p. 1012.

En pratiquant des injections d'arsénobenzol en série, S. et B. ont remarqué que, chaque fois qu'ils se servaient d'un tube de caoutchouc neuf, les malades présentaient des réactions particulières caractérisées par de la fièvre, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, de la céphalée et même de la prostration. De véritables « épidémies de réactions » étaient observées à l'hôpital lorsqu'on avait changé le tube de l'appareil à injection.

Les tubes ayant déjà servi plusieurs fois donnaient lieu à des réactions moins violentes, puis, par l'usage, devenaient inoffensifs.

Amenés ainsi à faire d'intéressantes expériences S. et B. ont constaté que le caoutchouc neuf contenait, en effet, une substance toxique responsable de ces accidents.

Cette substance n'est ni détruite ni éliminée par l'ébullition ni par la stérilisation car elle est insoluble dans l'eau.

Par contre, elle est soluble dans les solutions de soude, dans celles d'arséno et de novarsénobenzol. Elle n'a rien de commun avec les impuretés et les débris contenus fréquemment par les tubes neufs, ceux-ci étant facilement éloignés par les lavages et l'ébullition. Les tubes neufs, plongés pendant quelques temps dans une solution étendue de soude, pouvaient ensuite servir sans provoquer de réactions.

La solution ayant servi à cette macération des tubes provoquait chez les chiens des réactions fébriles identiques à celles des malades injectés.

Les auteurs se proposent de déterminer ultérieurement la composition exacte de cette substance toxique.

S. FERNET.

L'activité hémolytique des solutions d'arséno- et de novarsénobenzol
Hemolytic activity of solutions of arsphenamin and neoarsphenamin), par KOLMER et YAGLE. *The Journ. of the American Medic. Assoc.*, 6 mars 1920, p. 643.

A la suite de leurs expériences K. et Y. concluent que : l'arsénobenzol est doué d'une action hémolysante qui rend toutes ses solutions hémolysantes.

Les solutions d'arsénobenzol dans du sérum physiologique sont de 3 à 10 fois moins hémolysantes que les solutions dans l'eau. — L'action hémolysante des solutions aqueuses ou isotoniques d'arsénobenzol s'accroît du fait de l'addition de soude et d'autant plus que la quantité de soude est notable. — Les solutions concentrées d'arsénobenzol (dans l'eau ou dans du sérum) sont plus hémolysantes que les solutions diluées.

Le novarsénobenzol n'a aucune action hémolysante, aussi ni ses solutions concentrées (proportion : 0 gr. 90 dans 30 centimètres cubes) ni ses solutions étendues isotoniques ne provoquent d'hémolyse. Cependant les solutions aqueuses de ce sel deviennent hémolysantes quand elles sont très diluées et par conséquent fortement hypotoniques (à partir de la concentration : 0 gr. 90 pour 90 centimètres cubes),

Il résulte de ces expériences que pour diminuer l'hémolyse provoquée par l'arsénobenzol a) il faut l'employer en solution rigoureusement isotoniques ; b) il faut abandonner les solutions concentrées ; c) il faut neutraliser les solutions en calculant exactement la quantité de lessive de soude nécessaire pour obtenir une solution limpide et

ajouter ensuite un excès de soude ne dépassant pas le cinquième de la quantité mise précédemment.

S. FERNET.

L'ictère des arsénobenzols, par E. CHABROL et A. KHOURY. *Paris Médical*, 13 décembre 1919, n° 50, p. 467.

Neuf observations d'ictères à évolution aiguë survenus en cours de traitement par l'arsénobenzol. C. et K. discutent le rôle joué dans la genèse de ces ictères par la syphilis et par l'intoxication arsenicale.

R.-J. WEISSENBACH.

Ictère tardif après Salvarsan (Spätikterus nach Salvarsan) par ZIMMERN Id., par S. PULVERMACHER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1919, analysés in *Dermatologische Wochenschrift*, 1920, n° 5, p. 78.

D'après Zimmern, l'ictère tardif post-salvarsanique ne s'observait, avant la guerre que dans 4 0/00 des cas de jaunisse (2 cas par an). En 1915, le nombre s'éleva à 361 cas (220 des jaunisses) et en 1917 à 704 (26 0/0). En moyenne, c'est vers la fin du premier mois après le traitement qu'il apparaît, (un peu plus tôt avec le néo-salvarsan). On observe des prodromes dans la moitié des cas. Le foie est gonflé et sensible. On ne peut pas invoquer la syphilis, car cet ictère s'est produit aussi chez des non-syphilitiques traités par le salvarsan. Le mercure n'a pas d'influence. Il faut en chercher l'origine dans les conditions créées par la guerre (alimentation, surmenage).

D'après Pulvermacher, il ne faut pas rapporter au salvarsan tous les ictères qui se produisent chez les syphilitiques traités par ce remède. Il peut y avoir des influences accidentelles (intestinales, etc.) ou celle de la syphilis même. Il y a aussi une question d'idiôsyncrasie.

Toutes ces manifestations tardives d'intoxication arsenicales peuvent être influencées par une foule de conditions. D'autre part la longue permanence de l'arsenic dans le foie suffit à expliquer ces accidents, et la façon dont ils peuvent se produire.

(Il est extrêmement remarquable que ces ictères tardifs par salvarsan sont restés à peu près inconnus dans la région toulousaine pendant cette guerre, et si l'on tient compte que Zimmern s'appuie sur des observations provenant de la marine allemande, on est amené à supposer qu'il y a eu à des conditions tout à fait spéciales, et inexpliquées. N. d. T).

CH. AUDRY.

Ictère toxique consécutif au traitement antisiphilitique intensif (Toxic jaundice following intensive antisiphilitic treatment par LYNCH et HOGG. *The Journ. of the American med. Association*, 29 nov. 1919, p. 1687.

Observations de trois nouveaux cas d'ictère (dont l'un mortel) consécutifs au traitement par l'arsphenamine. Les trois observations con-

cernent des hommes en pleine force de l'âge et ne présentant aucune lésion viscérale appréciable. Les doses totales d'arsphenamine injectée ont varié entre 4 gr. 50 et 5 gr. 50; jamais on n'a dépassé 0 gr. 60 par injection. — Dans le cas mortel, il y avait atrophie jaune aiguë du foie et de nombreux foyers hémorrhagiques ont été constatés dans les viscères.

S. FERNET.

L'ictère qui survient après les cures de novarsénobenzol est dû à la syphilis hépatique, par G. MILIAN. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 20 février 1920, p. 226.

M. base son opinion sur les arguments suivants :

1° L'ictère se développe trois fois plus souvent après la cure que pendant la cure arsenicale ce qui est contraire à ce que l'on sait des actions toxiques d'autres arsenicaux comme l'atoxyl qui rend aveugle pendant la cure et non après.

2° L'ictère survient le plus souvent de la huitième à la dixième semaine après la dernière injection ce qui est exactement aussi l'époque des neurorécidives après les traitements arsenical ou mercuriel.

3° L'ictère consécutif au 606 s'observe souvent en même temps que d'autres accidents syphilitiques, 54 o/o des cas, ou chez des malades dont la réaction de Wasserman est positive, 72 o/o des cas.

4° Les ictères consécutifs au salvarsan ont été observés plus fréquemment autrefois lorsqu'on ne faisait aucun traitement ultérieur et actuellement chez des sujets qui par suite de négligence ont été insuffisamment traités avec un nombre et des doses insuffisantes d'injections.

5° Les ictères consécutifs par salvarsan s'observent surtout comme les neurorécidives à la période secondaire ou dans les syphilis rebelles et récidivantes.

6° Les ictères par salvarsan guérissent avec rapidité par un traitement antisyphilitique, mercure ou salvarsan, ce qui est une preuve de leur nature syphilitique et non toxique. Cette guérison se produit presque constamment, les deuxième ou troisième jours après la première injection, avec recrudescence passagère de l'ictère (réaction de Herxheimer) mais avec amélioration immédiate de l'état général.

R.-J. WEISSENBACH.

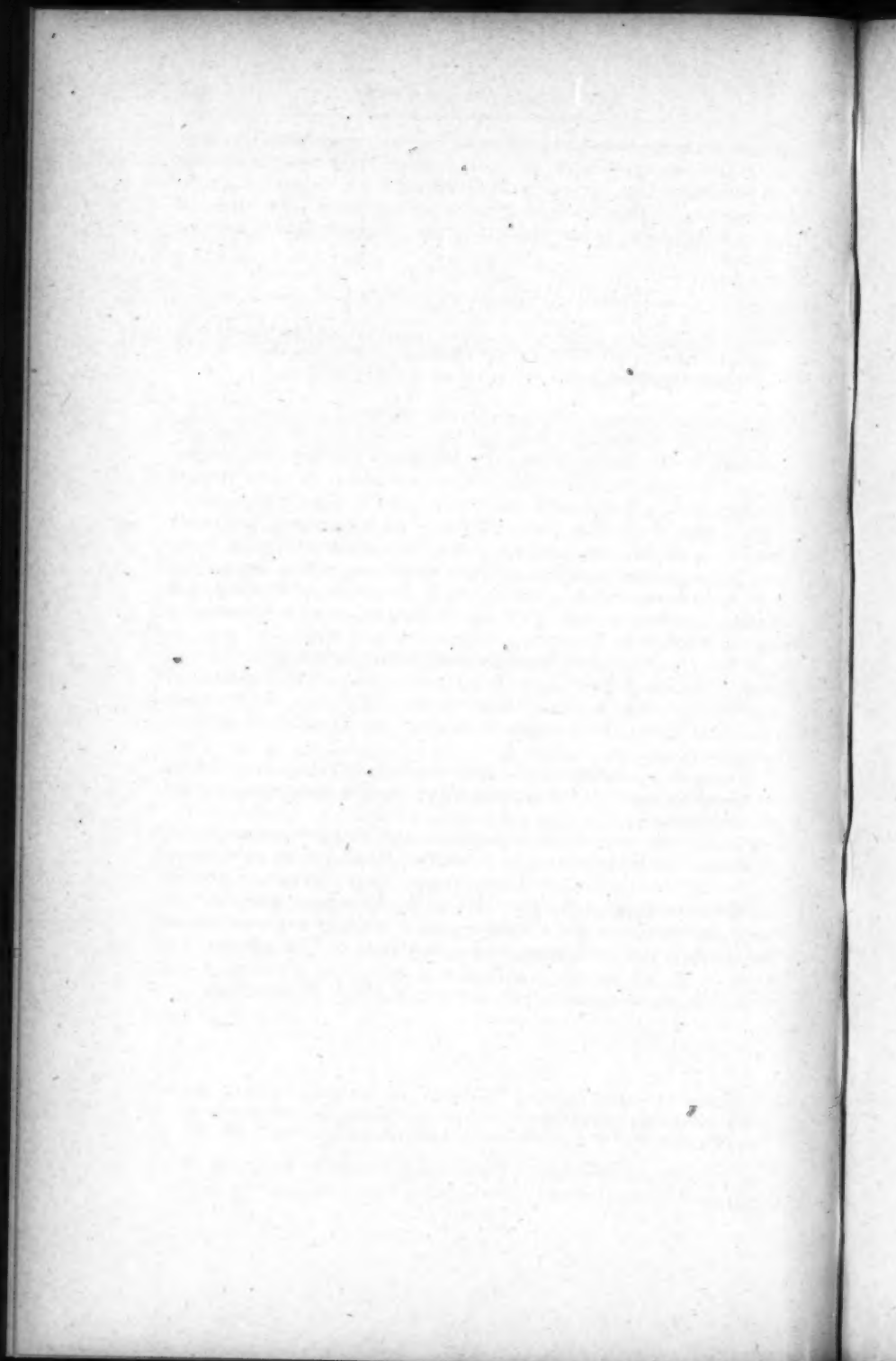


TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX, RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

ADRIAN et ROEDERER. — Les arthropathies au cours de la sclérodémie	299-341,	395
AUDRY. — Nævo-encéphalome		369
BAUDRU. — Voir NANTA.		
BENON et LUNEAU. — Dystrophie, Naevi vasculaires et « Bouffée délirante »		244
BODIN. — Sur le traitement du bubon chancrelleux par la méthode de Fontan		157
BODIN. — Note sur quatre cas d'acrodermatite suppurative continue d'Hallopeau.		193
CHATELLIER. — Syphilis; mort par le novarsénobenzol.		211
CHATELLIER. — Erythromélgie-adrénaline		261
CHATELLIER. — Périostites syphilitiques antéroséoliques		444
CIVATTE et P. VIGNE. — A propos du traitement de la sarcoïde de Boeck-Darier		254
CORDIER et DECHAUME. — Diabète syphilitique et glycosurie de la période tertiaire		17
DARIER, et J. HALLÉ. — Fistules branchiales multiples (branchiomes bénins du cou et de l'oreille externe).		1
DARIER. — Le cancer de la dermatose précancéreuse de Bowen		49
DARIER. — Cas de creeping disease (Larva Migrans) contracté à Paris		113
DARIER. — A propos d'un cas de branchiomes cutanés bénins. Note complémentaire		433
DECHAUME. — Voir CORDIER.		
DIND. — Essai sur les lichens, la lichénification (névrodermites, névrodermies de Brocq-Jaquet, prurigo vulgaire de Darier, prurigo diathésique de Besnier), leur caractère histologique, biologique et leur traitement.	273,	321
DUBREUILH. — Prurigo épidémique chez les Asiatiques importés pendant la guerre		13
GALLERAND. — Voir RAVAUT.		
GALONNIER. — Etude comparée de l'élimination urinaire de l'arsenic pendant l'administration intramusculaire du sulfarsénol		381
DE GAMBAT. — Un cas de xanthomes multiples dits « en tumeurs » avec diabète concomitant. Contribution à l'étude des xanthomes.		497
GATÉ. — Voir NICOLAS.		

GUIBERT. — Deux accidents dont l'un mortel arrivés deux ou trois jours après l'injection de 0,90 centigrammes de novarsénobenzol chez deux syphilitiques pris en période secondaire .	463
HALLÉ. — Voir DARIER.	
JAMIN. — Pseudo-chancres des lèvres à symbiose fuso spirillaire .	208
JERSILD. — Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal (Fournier)	62
JOLIVET. — Diphthérie et vitiligo	37
LACROIX. — Voir MONTPELLIER.	
LASSEUR. — Voir SPILLMANN.	
LENORMANT. — La pachydermie vorticellée du cuir chevelu (étude clinique et anatomique. Essais de traitement chirurgical) .	225
LUNEAU. — Voir BENON.	
LUTENBACHER. — Atrophie unguéale congénitale.	461
MALHERBE. — Contagion conjugale de l'épidermophyton inguinale. Localisations hors des plis récidivantes	205
LACROIX et MONTPELLIER. — Sur un cas d'épidermolyse bulleuse cicatricielle à kystes épidermiques. Histogenèse des lésions .	576
NANTA et L. BAUDRU. — Sur le prurit décalvant lymphadénique (leucémides prurigineuses et prurigo lymphadénique)	145
NANTA. — Lymphadénome de la bouche et granulome alvéolo-dentaire	199
NICOLAS et J. GATÉ. — La réaction de Wassermann du sang. Sa valeur théorique. — Sa valeur pratique. Ses méfaits	121
NICOLAU. — A propos du pityriasis rubra	265
NOIRÉ. — A propos de la radiothérapie des teignes pratiquée selon la méthode de Kiemböck Adamson	360
PAGNIEZ et PASTEUR VALLÉRY-RADOT. — Antianaphylaxie digestive. Traitement de certaines urticaires et dermatoses	436
PASTEUR VALLÉRY-RADOT. — Voir PAGNIEZ.	
PONSSELLE. — La réaction à l'or colloïdal du liquide céphalo-rachidien	375
RAVAUT et GALLERAND. — Placard de leucoplasie de la muqueuse buccale détruit par une seule application de neige carbonique .	161
RENAUD-BADET. — État actuel de la vaccinothérapie antigonococcique .	99
RISER. — La réaction de Bordet-Wassermann dans les transsudats chez les syphilitiques.	452
ROEDERER. — Voir ADRIAN.	
SABOURAUD. — Sur l'étiologie de la pelade	177
SCHAUMANN. — Sur une forme érythrodermique du lymphogranulome bénin	561
SPILLMANN et Ph. LASSEUR. — Le séro-diagnostic de la syphilis, son degré de précision Causes d'erreur indépendantes de la méthode (fautes de technique, vices de raisonnement). Ses résultats en clinique.	507, 586
THIBIERGE. — Sur le prétendu lépreux du polyptyque du Grunewald au Musée de Colmar	164
VIGNE. — Voir CIVATTE.	

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS
DANS CE VOLUME

A

ADAMSON, 223, 365, 366.
ADRIAN, 209, 341, 365, 366, 395.
AMATO (d'), 559.
ARLOING, 554.
ARZT, 425, 425.
AUDRY, 369.

B

BABINSKI, 542.
BABONNEIX, 108, 172, 533.
BACHMANN, 364.
BALZER, 268, 428.
BARBER, 365.
BARB, 43.
BARTHÉLÉMY, 110.
BAUDRU, 145.
BEESON, 488.
BENON, 244.
BLOCH (M.), 109, 468, 487, 528.
BOAS, 488.
BODIN, 157, 193, 492.
BONNET, 219, 367.
BORY, 220.
BOUITIER, 494.
BOVERI, 535.
BRAINOS, 495.
BRALEZ, 45.
BRODIN, 494.
BRUCK, 429.
BRUNAUER, 491.
BUSMAN, 612.

C

CAILLIAU, 214.
CASTELLANI, 222.
CATSARAS, 470, 546.
CHABROL, 614.
CHAIRMAN, 218.

CHARGIN, 41.
CHARPENTIER, 470.
CHATELLIER, 211, 261, 444.
CHAUFFARD, 494.
CIVATTE, 215, 254.
CLAUDE, 483.
COCKRYNE, 224.
COHEN, 366.
COHN, 560.
COLE, 429.
COMBY, 217.
COMI, 554.
CORDIER, 17.
CRAIK, 496.
CROCO, 471, 473, 531, 547.
CROUZON, 494.

D

DABIER, 1, 40, 49, 113, 433.
DAUPRESNE, 427.
DAUMAS, 556.
DAVID, 108.
DAVIS, 220.
DAWIS, 368.
DEAN, 215.
DECHAUME, 17.
DIDE, 547.
DIND, 273, 321.
DROUIN, 555.
DUBREUILH, 13.
DUFOURMANTEL, 221.
DUJARDIN, 529.
DURAND (A.), 269.
DURUPT, 555, 557.

E

EDDOWES, 218.
ENGMAN, 320.
ESCHBACH, 271.
ESCOMEL, 492.

F

FAYRE, 224, 269.
FOIX, 484.
FOLEY, 430.
FONTAINE, 46.
FOURNIER (L.), 172.
FLOQUET, 491.

G

GALLAYERDIN, 269.
GALLERAND, 161.
GALONNIER, 381.
GAMRAT (de), 497.
GATÉ, 121.
GIROUX, 271.
GOLDENBERG, 41.
GOODMANN, 490.
GOUGEROT, 109.
GRAHAM LITTLE, 215, 218, 365.
GRAY, 216.
GRENET, 555.
GUÉNOT, 172.
GUIBERT, 463.
GUY, 43.

H

HAGUENAU, 271, 272, 429, 535.
HALLÉ (J.), 1.
HAUTANT, 485.
HAZEN, 559.
HÉBERT, 487.
HEITHAUS, 320.
HESSE, 428.
HOFFMANN, 560.
HOGG, 614.
HOLLMANN, 215.
HUBILO, 491.

J

JAMIN, 208.
JAPIOT, 488.
JEANSELME, 109, 468, 528.
JERSILD, 62.
JOLIVET, 37.
JOLTRAIN, 222.
JOURDANET, 367.

K

KAFKA, 552.
KASKOVEC, 485.

KELLERT, 553.
KERL, 425.
KHOURY, 614.
KINGERY, 217.
KISSMEYER, 495.
KOLMER, 613.
KOPACZEWSKI, 426.
KUDELSKI, 271, 272, 429.

L

LACAPÈRE, 108, 173.
LACASSAGNE, 212.
LACROIX, 576.
LANE, 221.
LANGERON, 488, 554.
LASSUEUR, 47, 507, 586.
LATHAM, 41.
LAURENT, 108, 173.
LEFEVRE, 487.
LENORMANT, 225.
LÉRI, 483.
LEVIN (O.), 40.
LEWENSTEIN, 366.
LISSER, 427.
LITTMANN, 429.
LONG, 528, 545.
LOW, 224.
LUNEAU, 244.
LUTENBACHER, 461.
LYNCH, 614.

M

MAC CORMAC, 212.
MACLEOD, 222.
MALHERBE, 205.
MARCUS, 484.
MARINESCO, 547.
MASSARY (de), 483.
MEIMAROGLU, 472.
MELDGREN, 426.
MÉNÉTRIÉR, 269.
MERIADEC, 46.
MEURON (de), 43.
MICHELSON, 270.
MILIAN, 272, 431, 467, 492, 534, 548,
612, 615.
MIRE, 547.
MONTPELLIER, 42, 576.
MOOK, 219.
MOORE, 430.
MORENAS, 367.
MOTT, 531.

N

NANTA, 145, 199.
 NATHAN (E.), 269, 431.
 NICOLAS, 121, 215, 269.
 NICOLAU, 265.
 NOIRÉ, 360.

O

OLSON, 489.

P

PAGE, 473, 548.
 PAGNIEZ, 436.
 PASTEUR-VALLÉRY-RADOT, 436.
 PAULIAN, 547.
 PAWLOW, 491.
 PAYENNEVILLE, 490.
 PELS, 212.
 PEYRI-ROCAMORA, 470.
 PLANCHEREL, 367.
 POLLAND, 364.
 PONSELLE, 375.
 PRINGAULT, 556.
 PUSEY, 364, 493.

R

RABUT, 491.
 RAMADIER, 483.
 RANQUE, 427.
 RASCH, 495.
 RAVAUT (P.), 111, 161, 469, 476, 533, 543.
 RENARD, 430.
 RENAUD-BADET, 99.
 RIMBAUD, 546.
 RISER, 452.
 ROBERT, 220.
 RODRIGUEZ, 532, 546.
 ROEDERER, 299, 341, 395.
 RONCHÈSE, 175, 556.
 ROUSSY, 481, 535, 546.
 ROY, 269.

S

SABOURAUD, 44, 177.
 SAINT-RAT (de), 426.
 SARGENT, 557.
 SCHAFFER, 483, 560.
 SCHAMBERG, 42, 110.

SCHAUMANN, 561.
 SENEZ, 427.
 SEQUEIRA, 223.
 SÉZARY, 171, 480.
 SHUZO KURE, 472.
 SICARD, 271, 368, 429, 465, 474, 526, 535.
 SIMON (C.), 111.
 SIMPSON, 488.
 SINGER, 368.
 SLOBOZIANO, 213.
 SOMMER, 429.
 SOUQUES, 214, 542.
 SPILLMANN (L.), 507, 587.
 STENVERS, 547.
 STILLIANS, 44.
 STOKES, 612.
 SWALL, 216.
 SWARTZ, 489.
 SWIFT, 218.

T

TAKAHASHI, 320.
 THIBIERGE, 110, 164, 213.
 THOMSEN, 488.
 TINEL, 544.
 TOPLEY, 222.

V

VARIOT, 214.
 VIGNE, 47, 254.
 VINCENT, 483.
 VIOLE, 426.

W

WANDER, 219.
 WEIDMANN, 219.
 WESTERN, 223.
 WHITE, 44, 489.
 WILE, 217.
 WINKELRIED, 493.
 WISE, 40, 217.
 WOLBARST, 558.

Y

YAGLE, 613.
 YOUNG, 489.

Z

ZIMMERN, 614.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER — SIXIÈME SÉRIE

1920

A

Acrodermatite. Acrodermatitis chronica atrophicans, par WISE	40
— Note sur quatre cas d'acrodermatite suppurative continue d'Hallopeau, par E. BODIN	193
— Les — suppuratives continues, par E. BODIN	492
Actinomycose primitive de la peau : observation d'un cas d'Actinomycose de la main, par PELS	212
Alopécie post-grippale, par OSCAR LEVIN	40
Amibiase cutanée, par ENG-MANN et HEITHANS	320
Angiokératome de Mibelli, par LACASSAGNE	212
Antianaphylaxie digestive. Traitement de certaines urticaires et dermatoses, par PAGNIEZ et PASTEUR VALLERY-RADOT	436

B

Bactériologie. Identification des spores dans les frottis, par BACHMANN	364
— Rôle étiologique du pyocyanique dans une ulcération, par A. TAKAHASHI	320
Blastomycose. La — en Amérique, par E. ESCOMEL	492
Blennorrhagie. Un cas de septicémie gonococcique mortel, par LEFÈVRE	487
— Recherches sur la — rectale chez la femme, par H. BOAS	488
— Kératodermie blennorrhagique, par SIMPSON et BEESON	488
— Fièvre pseudo-palustre gonococcémique. Guérison par autovaccinothérapie, par MARCEL BLOCH et PIERRE HÉBERT	487

Blennorrhagie. Rhumatisme chronique d'origine blennorrhagique. Etude radiologique, par JAPIOTET LANGERON	488
— Etat actuel de la vaccinothérapie antigonococcique, par RENAUD-RADET	99
— Injections vaccinales prophylactiques dans la —, par H. BOAS et O. THOMSEN	488
Bouton d'Orient. Un cas de — par H. MAC CONNAC	212
Branchiomes. Fistules branchiales multiples (branchiomes bénins du cou et de l'oreille externe), par J. DARIER et J. HALLÉ	1
— A propos d'un cas de — cutanés bénins. Note complémentaire, par DARIER	433

C

Cancer. Le — de la dermatose précancéreuse de Bowen, par J. DARIER	49
Chancro mou. A propos de la grande fréquence des chancres mixtes et de l'importance de leur diagnostic bactériologique précoce, par PAYENNEVILLE	490
— Chancro simple du frein de la langue, par BRUNAUER	491
— Chancro simple du doigt par auto-inoculation d'un chancro simple endo-urétral, par A. PAWLOW	491
— Sur le traitement du bubon chancroïde par la méthode de Fontan, par E. BODIN	157
— Quelques réflexions sur le traitement des bubons chancroïdes par le drainage filiforme, par FLOQUET	491
— Note sur le traitement des bubons chancroïdes. La mé-	

thode de Fontan modifiée par l'emploi de l'huile xyloiodoformée, par HUELO et RABUT	491	Erythème noueux et endocardite aiguë, par DE MEUNON	43
Cuir chevelu. Syphilis secondaire, végétante, hypertrophique, condylomatense, confluente du cuir chevelu, avec constatations du tréponème dans le suintement des lésions, par Nicolas FAVRE et ROY	269	Erythème polymorphe comme manifestation rhumatismale chez l'enfant, par BAAS	43
D		F	
Dysidrose , sa nature parasitaire, par DARIEN	40	Favus. La contagiosité du — chez l'homme, par R. SABOURAUD	44
E		Folliculite. Un cas de — ulerythemateuse réticulée de Mac Kee et Paroungian, par GRAMHAM LITTLE	365
Eczéma. — L'— tuberculide, par G. MILIAN	492	G	
Epidermolyse. Sur un cas d'— bulleuse cicatricielle à kystes épidermiques, par MONTPELLIER et LACROIX	576	Gale. La solution alcoolique de naphthol β dans le traitement de la —, par Hora SLOSOZIANO	213
Epidermophyton inguinale. Contagion conjugale de l'—. Localisations hors des plis récidivantes, par MALHERBE	205	Gérodermie infantile , par SOUQUES	214
Epithéliome. La question de l'— de la peau chez l'indigène de l'Algérie, par J. MONTPELLIER	42	— Peau ridée sénile chez un enfant de deux ans. Agénésie des réseaux élastiques du derme, par VARIOT et CALIAU	214
Eruptions artificielles. Rapport sur les altérations cutanées provoquées par des substances irritantes ou caustiques, par G. THIBIERGE	213	Granulôme annulaire. Un cas atypique de —, par SILLIANS	44
— Eruption médicamenteuse (arsphénamine) avec pigmentation, par GOLDENBERG et CHARGIN	41	Granulome ulcéreux de la vulve, par GOODMAN	490
— Erythrodermie exfoliante consécutive à l'Arsphénamine, par LATHAM	41	H	
— Désensibilisation des individus vis-à-vis du lierre, par SCHAMBERG	42	Hyperhydrose. Un cas d'— circonscrite acquise, par PÉSEY	493
Erythrodermie exfoliative généralisée due au cacodylate de soude, par POSEY	364	L	
— Rapports entre certaines formes d'— exfoliative et la tuberculose, par POLLAND	364	Lèpre. Sur le prétendu lépreux du polyptyque de Grunewald au musée de Colmar, par THIBIERGE	164
Erythromélie — adrénaline, par L. CHATELLIER	261	— L'huile de Chaulmoogra dans le traitement de la —, par HOLLMANN et DEAN	215
Erysipèle. Traitement de l'—, par GUY	43	— Un cas de — démontrant la valeur d'un vaccin préparé avec un nodule lépreux, par WINCKELIED WILLIAMS	493
		Leucoplasie. Placard de — de la muqueuse buccale détruit par une seule application de neige carbonique, par P. RAVAUT et GALLERAND	161
		Lichen plan. Analyse critique de 64 cas, par WHITE	44

Lichen. Essai sur les —, la lichénification, par DIND.	321	ples de la peau, par GRAHAM LITTLE.	218
Lichen plan , par NICOLAS et CIVATTE	215	Nævus. Disparition d'un — pigmentaire et pileire à la suite d'un impetigo, par EDDOWES.	218
— par GRAHAM LITTLE	215	— Dystrophie, nævi vasculaires et « bouffée délirante », par BENON et LUNEAU	244
Lichen. Trois cas de — chez des enfants, par ADAMSON.	365	— Nævo-encéphalome, par AUDRY	369
— Association d'une pigmentation considérable et d'un — de la muqueuse buccale au cours d'une insuffisance surrénale fruste, par CAUZEON et BOUTTIER	494	O	
Lupus érythémateux. Un cas de —, par GRAY.	216	Oedème. Un cas d'— angioneurotique associé avec l'urticaire, du purpura, une maladie de Raynaud et de la sclérodémie, par SWIRT.	218
— Un cas de — associé avec une infection streptococcique des amygdales, par BARDEN	365	Ongle. Un traitement simple de la teigne unguéale (simple treatment of ring, worm of the nails), par CRAIK	496
— Une méthode simple de traitement, par SMALL.	216	— en cuillères, par CHAIRMAN	218
Lymphadénie. Sur le prurit décalvant lymphadénique (leucémides prurigineuses et prurigo lymphadénique), par A. NANTA et L. BAUDRU	145	P	
Lymphadénome de la bouche et granulome alvéolo-dentaire, par A. NANTA	199	Pachydermie cuir chevelu. La — vorticellée du cuir chevelu, par LENORMANT	225
Lymphogranulome. Sur une forme erythrodermique du — bénin, par SCHAUHANN.	561	Parapsoriasis. Sur un cas de — par COHEN	366
— Le — malin, par J. COMBY.	217	— Traitement du — par la pilocarpine, par LÖWENSTEIN	366
M		Pelade. Sur l'étiologie de la — par SABOURAUD	177
Maladies vénériennes , par F. BALZER	268	Pigmentation de la muqueuse buccale, par BONNET	219
Molluscum contagiosum. L'étiologie du —, par WILE et KINGERY	217	— linéaire transversale du thorax et de l'abdomen, par WEIDMANN	219
Myase cutanée. Cas de Creeping disease (Larva migrans) contracté à Paris, par J. DAHER	113	— De la maladie pigmentaire progressive de Schamberg, par ADAMSON.	366
N		Pityriasis rubra. A propos du —, par S. NICOLAU	265
Nécrologie. Stetwagon	267	— pileire, par BONNET et MORENAS.	367
Neurobromatose. Maladie de Reiklinghausen avec syndrome fruste d'insuffisance surrénale, par A. CHAUFFARD et P. BRODIN	494	Prurigo épidémique chez les Asiatiques importés pendant la guerre, par W. DUBREUILH.	13
Névrodermite. Les — et les pseudo-lichens, par WISS	217	Prurit. Etude auto-expérimentale du —, par JOURDANET	367
— Deux cas de maladie de Fox-Fordyce, par RASCH et KISSMEYER	495	Pseudo-chancres des lèvres à symbiose fuso spirillaire, par H. JANIN	208
Névrome. Un cas de — multi-		Pseudo-tumeur. Tumeurs d'huile camphrée, par MOOK et WANDER	219
		Psoriasis. Contribution à l'ori-	

gine parasitaire du —, par L. BORY	320	Trichophytie. Note sur les ca- ractères des cultures du Tri- chophyton balcanicum, par CASTELLANI	323
R		U	
Rage. Le symptôme « déman- geaisons » dans la — hu- maine, par ROBERT	320	Ulcérations. Ulcère vénéroïde, par OLSON	489
S		Urologie. Pratique urologique pour médecins et étudiants, par J. COHEN	560
Sarcoïde. A propos du traite- ment de la — de Boeck-Da- rier, par CIVATTE et VIGNE	254	Urticaires. Quelques cas d'— traités par l'antianaphylaxie, par M. JOLTHON	322
— Sur le — de Boeck, par PLANCHEREL	367	Urticaire pigmentaire. Essai sur la pathogénie de l'—, par R. FONTAINE	46
Sclérodémie. Les arthropathies au cours de la —, par ADRIAN et RÖDERER	299, 341	V	
— Un cas de morphee en gout- tes, par DAVIS	368	Vaccin. De l'état actuel de la —, par ADAMSON	223
Sporotrichose. L'iode de po- tassium dans la — expé- rimentale, par DAVIS	220	Vaccinothérapie dans les affec- tions de la peau, par SE- QUIERA et WESTERN	223
— des organes génitaux mécon- nue, par A. BRAININ	495	— Les vaccins dans le traitement des maladies de la peau, par MACLEOD et TOPLEY	223
T		Vergetures consécutives à la pneumonie grippale, par Coo- KAYNE	224
Tatouage. Essai d'utilisation des procédés du — dans la thérapeutique chirurgicale ou dermatologique, par L. DUFURMENTEL	221	Vitiligo. Diphtérie et —, par L. JOLIVET	37
Teignes. A propos de la radio- thérapie des — pratiquée selon la méthode de Kiem- bock-Adamson, par NOIRÉ	360	— et syphilis, par J. BRALIZ	45
Thérapeutique. Sur le traite- ment des maladies cutanées et sexuelles par la serpentine, par O. SINGH	368	— et syphilis, par MÉRIADÉC	46
— Un nouvel antiseptique des voies urinaires : le mercuro- chrome 220, par YOUNG, WHITE et SWARTZ	489	X	
Traitement des maladies cuta- nées et sexuelles, par E. HOR- FMANN	560	Xanthomes. Un cas de — mul- tiples dits « en tumeurs » avec diabète concomitant. Contribution à l'étude des —, par GAMBAT	497
— Thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes, par J. SCHAEFFER	560	Z	
Trichomycose (Lepothrix, par LANE	221	Zona de la région fessière, des bourses et de la verge, par FAVRE	224
		— Herpès zoster : sa cause et son association avec la varicelle, par LOW	224
		— Cicatrice cutanée post-érup- tive : signe diagnostique du zona vrai d'avec l'herpès zostéroïformes, par SICARD	368

SYPHILIS

I. — ETUDE CLINIQUE	
Anus Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal (Fournier), par O. JENSEN	62
Articulations. La syphilis articulaire chez les indigènes du Maroc, par LACAPÈRE et LAURENT	108
Atrophies musculaires. Contribution à l'étude des — chroniques liées à la syphilis, par L. BABONNETX et H. DAVID	108
Cœur. Trois cas de rétrécissement mitral congénital hérédo-syphilitique dans une même famille, par M. NATHAN	269
— Rupture spontanée de l'aorte dans le péricarde. Anévrysme disséquant. Artérite chronique syphilitique. Dégénérescence muqueuse du tissu conjonctif de la tunique moyenne, par MÉNÉTRIÈRE et A. DURAND	269
— L'angine de poitrine vraie et le rôle de la syphilis, par M. GALLAVARDIN	269
Diabète syphilitique et glycosurie de la période tertiaire, par V. CORDIER et DECHAUME	17
Epidydime. Syphilis de l'—, par MICHELSON	270
Généralités Syphilis, par HAZEN	559
Méningite. Nature de la — latente des syphilitiques, par A. SÉZARY	171
Ongles. Atrophie unguéale congénitale, par LUTENBACHER	461
Périostite syphilitiques antéroscéoliques, par CHATELIER	444
Système nerveux. Etiologie	465
— Formes cliniques	474
— Diagnostic humoral	526
— Traitement	535
II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE	
Héréditaire. L'hérédo-syphilis des glandes à sécrétion interne. Son intervention dans la pathogénie des troubles dystrophiques d'origine hérédo-syphilitique, par R. BANTHELEMY	110
— La responsabilité du médecin en cas de contamination d'une nourrice par un nourrisson syphilitique, par G. THIBIAUGE	110
III. — DIAGNOSTIC CLINIQUE	
Diagnostic. Quelques erreurs de diagnostic en syphiligraphie, par H. GOUGENOT	109
IV. — IMMUNITÉ. PROPHYLAXIE. EXPÉRIMENTATION	
Immunité Une seconde atteinte de syphilis deux ans après la première, par J.-F. SCHAMBERG	110
— La question de l'immunité dans la syphilis, par C. SIMON	111
Abortion de la syphilis par les arsénobenzols employés dès la période d'incubation, par Louis FOURNIER et L. GUÉNOT	172
Prophylaxie. Comment lutter contre les maladies vénériennes ? par A. LASSÈUR	47
Expérimentation. Contribution à la syphilis expérimentale du lapin (recherches sur la transmission par le liquide céphalo rachidien pendant la syphilis primaire ou secondaire), par L. ANZET et W. KENL	425
— Spirochètes dans les lésions génitales de lapins non inoculés, par L. ANZET	425
V. — RÉACTIONS HUMORALES	
Sérum. La réaction de Bordet-Wassermann. Interprétation actuelle des résultats, par JERNSELME Marcel BLOCH	109
— La réaction de Wasserman du sang. Sa valeur théorique. Sa valeur pratique. Ses méfaits, par MM. J. NICOLAS et J. GATÉ	121
— Le séro diagnostique de la syphilis. Son degré de précision. Causes d'erreur indépendantes de la méthode (fautes de technique, vices de raisonnement). Ses résul-	12

tats en clinique, par L. SPILLMANN et LASSEUR.	507	586	foie et à base de cœur, par A. DAUMAS	556
Sérum. La tyrannie de la réaction de Wassermann, par LISSER.	427		Sérum. Les causes d'erreur dans la réaction de Wassermann, dues à l'antigène, par DURUPT	557
— La réaction de Bordet-Wassermann pour le séro-diagnostic de la syphilis, par A. D. RONCHÈSE.	175		— Action de quelques sels de terres rares sur la réaction de Bordet-Wassermann, par H. GUENET et H. DROUIN	555
— Les contradictions du Wassermann envisagées au point de vue clinique, par WOLBARST	558		— Sur les nouvelles réactions de précipitation dans le sang et le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, par V. KAPKA	552
— Le contrôle du Wassermann dans le traitement de la Syphilis, par SARGENT	557		— La réaction à l'or colloïdal du liquide céphalo-rachidien, par PONSILLE	375
— La réaction de Bordet-Wassermann dans les transsudats chez les syphilitiques, par RISER	452		— Observations sur la réaction de l'or colloïdal sur le liquide céphalo-rachidien, par KELLERT	553
— Injections de lait et Réaction de Wassermann, par MELDREIN	426		— L'épreuve colloïdale au mastic dans le liquide céphalo-rachidien, par COMP	551
— Les porteurs de ténias, Réactions syphilitiques, par H. VIOLETTE et L. DE SAINT-RAT	426		— La réaction de l'allergie appliquée aux affections parasymphilitiques du système nerveux, par L. BABONNEX	172
— Les caractères physico-chimiques du sérum au point de vue de la réaction de Bordet-Wassermann, par KOPACZEWSKI	426		— Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique, par Paul RAVAUT	111
— Revue critique sur le mécanisme de la réaction de fixation du complément appliquée à la syphilis, par F. ARLOING et LANGERON	554			
— De l'utilisation systématique des antigènes multiples dans la réaction de Bordet-Wassermann, par RANQUESENEZ et DAUFRESNE	427		VI. — TRAITEMENT	
— De la nécessité d'employer plusieurs antigènes et en particulier l'antigène foie d'héredo dans l'exécution de la réaction de Wassermann, par DURUPT	555		Traitement. Le — préventif du chancre syphilitique, par LACAPÈRE et LAURENT	173
— Sur l'appréciation numérique de l'intensité de la réaction de Bordet-Wassermann, par A.-D. RONCHÈSE.	556		— Le — de la syphilis par le mercure associé au novarséno-benzol. Traitement conjugué. Avantages de la méthode, par P. VIGNE	47
— Préparation de l'antigène pour la réaction de Bordet-Wassermann. Antigène au jaune d'œuf, par E. PHINGAULT	556		— Sur le traitement de la syphilis par l'argent-salvarsan et le sulfoxylyl, par C. BAUCK et A. SOMMER	429
— Du rôle de l'antigène dans la réaction de Bordet-Wassermann et des divergences entre les antigènes à base de			— Les médications auxiliaires dans le traitement de la syphilis, par F. BALZER.	428
			— Etat actuel de la thérapeutique de la syphilis à ses différents stades, par W. HESSE	428
			— Etude clinique sur l'emploi des frictions au calomel, par COLE et LITTMANN	429
			— Sur un incident dû au cya-	

nure de mercure en injection intraveineuse, par HENARD . . .	430	au Salvarsan, par MOORE et FOLEY . . .	430
Traitement. Etude comparée de l'élimination urinaire de l'arsenic pendant l'administration intramusculaire du sulfarsénol, par GALONNIER . . .	381	Traitement. L'ictère tardif post-novarsenical et le traitement novarsenical par petites doses répétées, par SIGARD, HAGUENEAU et KUDELSKI . . .	371
— L'activité hémolytique des solutions d'arsénite de novarsénobenzol, par KOLMEN et YAGLE . . .	613	— Les ictères de la syphilis secondaire, par GAROUSE . . .	371.
— Traitement de la syphilis nerveuse chronique. Les éléments de contrôle de la médication novarsenical, par SIGARD, HAGUENEAU et KUDELSKI . . .	429	— Contribution au rôle du novarsénobenzol dans les ictères chez les syphilitiques et dans les dyscrasies sanguines, par H. ESCHBACH . . .	371
— Syphilis. Mort par le novarsénobenzol, par L. CHATELLIER . . .	211	— Des ictères observés au cours du traitement par les novarsenicaux organiques, par J. HAGUENEAU et CH. KUDELSKI . . .	372
— Deux accidents dont l'un mortel arrivés deux ou trois jours après l'injection de 0,90 centigrammes de novarsénobenzol chez deux syphilitiques pris en période secondaire, par GUINET . . .	463	— Trois cas d'ictère au cours du traitement à l'arsénobenzol, leur nature syphilitique, par G. MILIAN . . .	372
— L'érythème arsenical oedémateux desquamatif, par MILIAN . . .	431	— Ictère toxique consécutif au traitement antisyphilitique intensif, par LYNN et HORN . . .	614
— Sur les exanthèmes du salvarsan, par NATHAN . . .	431	— Ictère tardif après Salvarsan, par ZIMMERN . . .	614
— Les tubes en caoutchouc, cause de réactions après les injections intraveineuses, particulièrement celles d'arsénobenzol, par STOKES et BUSMAN . . .	612	— L'ictère des arsénobenzols, par E. CHARNOL et A. KHOURY . . .	614
— Réactions graves consécutives		— L'ictère qui survient après les cures de novarsénobenzol est dû à la syphilis hépatique, par G. MILIAN . . .	615
		— Absence de sensibilisation anaphylactisante dans les accidents du novarsénobenzol, par MILIAN . . .	615

Le Gérant : F. AMIRAUT.

TRAVAUX ORIGINAUX

- Jorgen Schaumann.** — Sur une forme érythrodermique du lymphogranulome bénin (*4 figures*) 561
- J. Montpellier et A. Lacroix.** — Sur un cas d'épidermolyse bulleuse cicatricielle à kystes épidermiques. — Histogénèse des lésions. 575
- L. Spillmann et Ph. Lasseur.** — Le séro-diagnostic de la syphilis. — Son degré de précision; causes d'erreur indépendantes de la méthode (fautes de technique, vices de raisonnement). Ses résultats en clinique (*suite et fin*). 586

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

- Réactions consécutives aux injections de sels arsenicaux.** — Absence de sensibilisine anaphylactisante dans les accidents du novarsénobenzol, par *Milian*. 612
- Les tubes en caoutchouc, cause de réaction après les injections intraveineuses, particulièrement celles d'arsénobenzol, par *Stokes et Basman*, 612

Voir la suite du sommaire à la page 3.

— Ferments lactiques —



Enterites



enterites diarrhées



Dermatoses

Échantillon. Ecr. D^r BOUCARD, 30, Rue Singer PARIS XVI^e

IODURES & BI-IODURE SOUFFRON

CHIMIQUEMENT PURS

MAXIMUM de TOLÉRANCE et d'ACTION

IODURES SOUFFRON (KI ou Nal)	1 ^{re} Solution . . . =	1 gr. d'iodure par cuillerée à potage.
	2 ^{de} Sirop . . . =	1 gr. d'iodure par cuillerée à potage.
PRÉPARATIONS BI-IODURÉES SOUFFRON	3 ^{es} Gouttes . . . =	1 centigr. d'iodure par goutte.
	4 ^{es} Dragées . . . =	0,25 centigr. d'iodure par dragée.
	1 ^{re} Solution Souffron bi-iodurée mixte	1 gr. KI } par cuillerée à potage.
	2 ^{de} Dragées Souffron bi-iodurées	0,01 HgI ₂ } 0,25 KI } par dragée.
	3 ^{es} Gouttes Souffron bi-iodurées	0,0025 HgI ₂ } 0,001 HgI ₂ par goutte.
	4 ^{es} Ampoules Souffron bi-iodurées	a) huileuses à 0,01 par cc. b) aqueuses à 0,01 ou 0,02.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE :

ÉTABLISSEMENTS ALBERT BUISSON, 157, Rue de Sèvres, PARIS (XV)

L.B.A. Laboratoire de Biologie Appliquée **L.B.A.**

TÉLÉPHONE : 36-64
ÉLYSÉES 36-45

PRODUITS BIOLOGIQUES CARRION

NÉOARSENOBENZOL "Sanar" (914)

ARSENOBENZOL "Sanar" (606)

ADOPTÉS PAR LES HOPITAUX

Ampoules d'Eau bi-distillée : 2, 5, 10 cc³

V. BORRIEN, Docteur en pharmacie, Faubourg Saint-Honoré, PARIS

SOMMAIRE (Suite).

L'activité hémolytique des solutions d'arséno- et de novarsénobenzol, par Kohmer et Yagle	613
L'ictère des arsénobenzols, par E. Chabrol et A. Khoury	614
Ictère tardif après salvarsan, par Zimmern. — Id., par S. Pulvermacher. Ictère toxique consécutif au traitement antisyphilitique intensif, par Lynch et Hoge	614
L'ictère qui survient après les cures de novarsénobenzol est dû à la syphilis hépatique, par G. Milian	615
Table des matières du tome I (VI ^e série).	617

SYPHILITHÉRAPIE — DERMATOTHÉRAPIE

ROGÉ-CAVAILLÈS

C. PÉPIN, docteur en Pharmacie, 9, rue du 4-Septembre, PARIS

INJECTIONS MERCURIELLES

Huile grise — Sérum Gaucher (Benzoate Hg) — Bi-bromure, etc.

606 Eau fraîchement redistillée **914**
Sérum glucosé ou saccharosé

MÉDICATION MERCURIELLE POUR EMPLOI DISCRET

ÉLIXIR IODÉPURATIF PÉPIN

20 gr. contiennent 0 gr. 01 de bi-iodure de mercure

SUPPOSITOIRES ROCAV

— dosés à 0,05 de Hg par suppositoire —

PRODUITS SPÉCIAUX POUR LA DERMATOTHÉRAPIE

SAVONS — PATES — CRÈMES — VERNIS

POUDRE DE RIZ SANTA RITA STÉRILISÉE

✧ **MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS** ✧

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Les Antigènes et les Anticorps

Caractères généraux. Applications diagnostiques et thérapeutiques

Par **M. NICOLLE**

de l'Institut Pasteur de Paris

1 volume in-8 de 116 pages.

4 fr. 50 net

CHIMIOTHÉRAPIE ANTITUBERCULEUSE

BACTIOXYNE

MANGANATE CALCICO-POTASSIQUE

en ampoules :

de 5 ^{cs} pour injections intraveineuses	de 3, 5 et 10 ^{cs} pour instillations rectales
--	--

ADRESSER LA CORRESPONDANCE ET LES DEMANDES D'ÉCHANTILLONS
AUX USINES CHIMIQUES DU PECQ
 39, Rue Cambon, PARIS
 DÉPÔT DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES DE FRANCE

COLLOÏDES STABILISÉS

106

Iodure de Diméthylidiphénylarsinate de Mercure et de Vanadium

SYPHILIS — SPIRILLOSE — Injections intramusculaires

ANTITOXINE THOR

En ampoules de 5 et 10 centimètres cubes

AFFECTIONS PULMONAIRES — TUBERCULOSE

VANAFER

PALUDISME — ANÉMIES GRAVES

LITTÉRATURE A LA DISPOSITION DE MM. LES MÉDECINS

Société Française des produits colloïdaux Pallam

Laboratoires : 8, Avenue Jeanne, ASNIÈRES (Seine)

CHIRURGIE-DERMATOLOGIE-GYNÉCOLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE



LOCATION

D'APPAREILS

RADIUM

OU

MESOTHORIUM

MÉDICAUX

Société Française d'Energie
et de Radio-Chimie

*Tarif horaire,
à la journée, à la
semaine, au mois*

127, Rue du Faubg St-Honore
PARIS

*Les appareils sont
portés à domicile sous
la responsabilité
de la Société*

ROSSUTH

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES

EXTERNE

(Eruptions de cause —)

1920 — 1

- Cleland.** Papulo-urticarial rashes caused by the hairlets of caterpillars of the moth *Euproctis Edwardsi*. *Medical Journal of Australia*, 21 fév. 20, p. 169.
- Fraser.** Case of intramine dermatitis. *Practitioner*, janv. 20, p. 40.
- Loir et Legangneux.** Maladie cutanée résultant du manèment d'orge véhiculé d'un acarien. *Archives médico-chirurgicales de Normandie*, 15 juin 20. *Presse médicale*, 25 sept. 20.
- O'Donovan.** Epitheliomatous ulceration among tar workers. *B. J. D.*, juillet et août 20, p. 228 et 245.
- Sequeira.** Two cases of tar carcinoma. *P. S. of L.* Section of Dermatology, 19 fév. 20, p. 73.
- Shufflebotham.** Medical problems and coal-mining; miner's rash miner's itch. *Journal of the R. Sanitary Institute*, 20, n° 3. p. 194.
- White.** Unreported cause of occupational dermatosis. *Journal of Industrial Hygiene*, fév. 20, p. 498.
- White.** Occupational affections of the skin : their prevention and treatment. Deuxième édition, Lewis, Londres, 20.

FURONCLES

1920 — 1

- Auvray.** De l'emploi des vaccins dans les infections à pyogènes. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 3 mars 20, p. 363.
- Hartmann.** Sur le traitement de l'anthrax par le bouillon de Delbet. Discussion. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 4 fév. 20, p. 190.
- Laurent.** Le vaccin anti-staphylococcique et le traitement de la furonculose. *Loire médicale*, 15 juin 20, p. 247.
- Mauté.** La vaccination antifuronculeuse. Stock-vaccins ou auto-vaccins ? *Presse médicale*, 24 janv. 20, p. 64.
- Potherat.** Le traitement de l'anthrax. Sur l'emploi en chirurgie du bouillon de Delbet. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 30 juin 20, p. 1031.
- Robineau.** Traitement de l'anthrax par les bouillons de Delbet. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 28 janv. 20, p. 134.
- Rouillois.** A propos du traitement de l'anthrax par le vaccin de Delbet. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 7 juillet 20, p. 1046.
- Tuffier.** Sur le traitement de l'anthrax par les bouillons de Delbet. Discussion. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 11 fév. 20, p. 236.

GALE

1920 — 1

- Daubitz.** Traitement pratique et rapide de la gale par la méthode d'Ehlers-Milian. *Archives médicales belges*, mai 20, p. 393.
- Eddowes.** Case for diagnosis. Tuberculide, syphilis, scabies. *P. S. of L.*, Section of Dermatology, 19 fév. 20, p. 61.
- Gougerot.** A propos de la contagion de la gale. Les réfractaires à la gale. Les « porteurs de germes ». *B. S. f. D.*, 12 fév. 20, p. 66.
- Kumer.** Ueber einen Uebergangsfall zur Scabies norvegica. *Wiener klinische Wochenschrift*, 25 mars 20, p. 271.
- Laurent.** Le traitement de la gale par la méthode de Milian. *Société des Sciences médicales de Saint-Etienne*, 21 avril 20. *Loire médicale*, mai 20, p. 229.
- Napoli (de).** La cure della scabia e di alcune forme di pediculosi mediante speciali casse per bani a vapore di anidride solforosa. *XVI Reunione della Societa italiana di Dermatologia*, déc. 1919. *G. I. M. V.*, août 20, p. 396.
- Schoenbauer.** Die Anstalt für Krätze schnellkuren im Wilhelminen-Spital in Wien. *Wiener klinische Wochenschrift*, 29 janv. 20, p. 105.
- Sloboziano.** La solution alcoolique de naptol-3 dans le traitement de la gale. *Gazette des Hôpitaux*, 3 fév. 20, p. 181.

LÈPRE

1920 — 1

- Boinet.** La peste et la lèpre dans la bible. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 13 janv. 20, p. 57.
- Cathew.** Cases of leprosy in Bangkok treated with sodium gynecardate « A ». *Indian medical Gazette*, avril 20, p. 134.
- Diaz.** Leprosarium of Cabras, Porto-Rico. *New Orleans medical and surgical Journal*, juillet 20, p. 33.
- Dyer.** Leprosy in United States. *New Orleans medical and surgical Journal*, août 20, p. 57.
- Lévy-Franckel et Jeandelize.** Lèpre tuberculeuse et conjonctivite à bacille de Hansen. *Société de Médecine de Nancy*, 28 janv. 20. *Revue médicale de l'Est*, 15 fév. 20, p. 214.
- Little.** Case of anaesthetic leprosy. *P. S. of L.*, Section of Dermatology, 19 fév. 20, p. 59.
- Muir.** Results of tuals of sodium gynocardate and sodium morrhuate in thirteen indian leper asylums. *Indian medical Gazette*, avril 20, p. 121.
- Muir.** After-treatment of leprosy. *Indian medical Gazette*, avril 1920, p. 139.

DERMATOSES ET ALOPÉCIES CÉDROCADINOL VIGIER

Succédané de l'huile de Cade

(Diphénols et Ethers de diphénols de l'huile de Cade. Huiles essentielles de Cadier et de Cèdre)

Pommades, glycérolés, collodions, solutés : éthéré, acétonique, chloroformique au Cédrocadinol.


ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

STAN

STANNOXYL
FURUNCULOSE
ET
TOUTES MALADIES A STAPHYLOCOQUES
Anthrax — Acné — Orgelets — Abscess du sein
Usage interne : COMPRIMÉS, AMPOULES, CACHETS.
Usage externe : STANNOXYL LIQUIDE, BAIN, POMMADE, GLYCÉRÉ, GAZE
Produits à base d'étain et d'oxyde d'étain préparés sous le contrôle scientifique de A. FROUIN

OXYL

LABORATOIRE ROBERT ET CARRIÈRE 37, RUE DE BOURGOGNE, PARIS



VACCINS ATOXIQUES STABILISÉS

DMESTA

VACCIN ANTISTAPHYLOCOCCIQUE CURATIF
TRAITEMENT DES INFECTIONS DUES AU STAPHYLOCOQUE
FURUNCULOSE, ANTHRAX, ABCÈS, DERMATITES, etc.
S'EMPLOIE EN INOCULATIONS SOUS-CUTANÉES
Ne nécessite aucune interruption dans les occupations du malade
PRIX : Boîte de 1 dose : F^{rs} 5 — Boîte de 6 doses : F^{rs} 15

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES (Suite)

LÈPRE
1920 — 2

- Neve.** Gynocardate and morrhuate treatment of leprosy based on forty cases treated in Kashuir state leper hospital. *Indian Medical Gazette*, avril 20, p. 128.
- Ribas.** Prophylaxia da lepra. *Boletim de la Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo*, mars 20, p. 14.
- Rogers.** Treatment of leprosy. *Indian Medical Gazette*, avril 20, p. 125.
- Thibierge.** Sur le prétendu lépreux du polyp-type de Grünwald au musée de Colmar. *A. de D.*, mars 20, p. 164.
- Truffi.** La lebbra in Liguria. *XVI^e Riunione della Società italiana di Dermatologia*, déc. 19. *G. I. M. V.*, août 20, p. 328.
- Vedel et Siméon.** Un cas de lèpre nodulaire. *Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 30 janv. 20.
- Walker et Sweeny.** Chemotherapeutics of chaulmoogic acid series and other fatty acids in leprosy and tuberculosis. *Journal of Infectious Diseases*, mars 20, p. 738.
- Williams.** Case of leprosy demonstrating the value of a tissue vaccine. *P. S. of L., Section of Dermatology*, 15 janv. 20, p. 50.

LICHEN
1920 — 1

- Adamson.** Three cases of lichen planus in children. *B. J. D.*, janv. 20, p. 1.
- Crouzon et Bouttier.** Association d'une pigmentation considérable et d'un lichen de la muqueuse buccale au cours d'une insuffisance surrénale fruste. *Bulletins et Mém de la Société méd. des Hôpitaux de Paris*, 16 janv. 20, p. 67.
- Culver.** Clinical study of lichen planus. *Archives of Dermatology and Syphilology*, janv. 20, p. 43.
- Dind.** Essai sur les lichens, la lichénification (Névrodermes, névrodermies de Brocq-Jacquet, prurigo vulgaire de Darier, prurigo diathésique de Besnier, leur caractère histologique, biologique et leur traitement. *A. d. D.*, juin et juillet 20, p. 273 et 321.
- Kerl.** Lichen chronicus Vidal. *W. D. G.*, 29 janv. 20.
- Krüger.** Lichen ruber planus universalis. *W. G. D.*, 29 janv. 20.
- Leredde.** Sur deux cas d'hématodermite prurigineuse (lichen simplex) d'origine syphilitique probable. *B. S. f. D.*, 12 fév. 20, p. 09.
- Little.** Lichen planus. *B. J. D.*, mars 20, p. 57.

LICHEN
1920 — 2

- Little.** Lichen planus. *B. J. D.*, avril 20, p. 95.
- Perutz.** Mann mit Lichen ruber verrucosus. *W. D. G.*, 26 fév. 20.
- Riehl.** Ueber Lichen trichophyticus. *Wiener klinische Wochenschrift*, 20 mai 20, p. 448.
- Scherber.** Lichen ruber planus. *W. D. G.*, 12 fév. 20.
- Schmedding.** Ein Beitrag zur Diagnose des Lichen albus (v. Zumbusch). *D. Z.*, mai 20, p. 274.
- Seedoff.** Fälle von Lichen ruber planus. *B. D. G.*, 13 janv. 20. *D. Z.*, juin 20, p. 334.
- Thibierge et Boutelier.** Lésion du scrotum et plaque de lichen à tendance atrophique du fourreau de la verge chez un homme atteint de lichen de Wilson. *B. S. f. D.*, 21 avril 20, p. 135.
- Volk.** Mann mit reziviertem Lichen ruber planus am Unterschenkel. *W. D. G.*, 26 fév. 20.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX
1920 — 1

- Arning.** Lupus erythematosus discoides et bullosus disseminatus. *Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona*, 3 mars 20. *D. W.*, 3 juillet 20, p. 449.
- Buschke.** Diagnose eines atypischen Lupus erythematosus. *B. D. G.*, 13 janv. 20. *D. Z.*, juin 20, p. 347.
- Grenet et Drouin.** Traitement des infections tuberculeuses chroniques par les sels de terres cériques. Lupus tuberculeux, Lupus érythémateux Tuberculides. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 7 mai 20, p. 589.
- Hoffmann.** Lupus erythematosus der Unterlippe. *B. D. G.*, 13 janv. 20. *D. Z.*, juin 20, p. 353.
- Kiendl.** Zur Behandlung des Lupus erythematosus. *D. W.*, 22 mai 20, p. 321.
- Koenigstein.** Lupus erythematosus. *W. D. G.*, 12 fév. 20.
- Low et Rutherford.** A fatal case of lupus erythematosus with autopsy. *B. J. D.*, août-sept. 20, p. 253.
- Strassberg.** Lupus erythematosus der Gesichtes. Epitheliom. *W. D. G.*, 12 fév. 20.
- Trimble.** Ossous formation in lupus erythematosus. *Archives of Dermatology and Syphilology*, Chicago, mars 20, p. 296.

- 8 -

NOVARSÉNOBENZOL

= Dioxydiaminoarsénobenzol =
méthylène sulfoxylate de sodium

BILLON

Adopté par les Hôpitaux civils et Militaires
en France et dans les Pays alliés

De la Syphilis   

• • pour le • • **Du Typhus récurrent**

• • traitement • • **De l'Angine de Vincent**



Du Paludisme, Etc., Etc.

Officiellement approuvé par le « Local Government Board »
pour le Traitement
et la Prophylaxie de la Syphilis en Angleterre

OFFRE LE MAXIMUM DE SÉCURITÉ

*Innocuité et Efficacité garanties
par les millions d'Injections déjà effectuées*

EMPLOI D'UNE EXTRÊME SIMPLICITÉ

en Injections intra-veineuses ou en Injections rectales

(Demander la Brochure explicative)

DÉPOT GÉNÉRAL :

Les Établissements POULENC frères

92, Rue Vieille-du-Temple — PARIS

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES (Suite)

SYPHILIS

(Suivant les pays et les milieux)

1919 — 1

- Decrop et Salle.** Contribution à l'étude de la syphilis acquise de l'enfant chez l'indigène marocain; fréquence; formes primaires et secondaires. *Annales des Maladies Vénériennes*, juillet et nov. 19, p. 335.
- Decrop et Salle.** Contribution à l'étude de la syphilis chez l'indigène marocain. La syphilis acquise de l'enfance. Les accidents tertiaires. *Annales des Maladies Vénériennes*, nov. 19, p. 641.
- Lacapère.** Syphilis arabe. La syphilis tertiaire ulcéreuse du centre de la face. *Annales des Maladies Vénériennes*, août 19, p. 434.
- Lacapère et Laurent.** La syphilis articulaire chez les indigènes du Maroc. *Paris médical*, 20 sept. 19, p. 221.
- Leredde.** A propos du procès-verbal. La syphilis dans l'armée. *B. S. f. D.*, 8 mai 19, p. 413.
- Levin.** Incidence of syphilis among white and colored troop as indicated by Wassermann results in ten thousand tests. *Journal of Laboratory and clinical Medicine*, nov. 19, p. 93.
- Morin.** Cent cas de syphilis jeune chez les tirailleurs malgaches. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 25 août 19, p. 331.
- Pijper.** Syphilis in South Africa. *South African medical Record*, 8 nov. 19, p. 323.
- Ross, Richmond et Defoye.** Syphilis at U. S. army base hospital, Camp Greene. *Virginia medical monthly*, juin 19, p. 57.
- Tavares de Lacerda.** Observações sobre a syphilis no hospital da Força publica de Minas. *5a Reuniao da Clinica Dermatologica e Syphiligraphica de Bello Horizonte*. 28 juillet 19. *Archivos mineiros de Dermato-syphiligraphia*, juillet 19, p. 25.
- Thompson et Kingerv.** Syphilis in negro. *American Journal of syphilis*, juillet 19, p. 384.
- Wolf.** Problem of syphilis as affecting our soldiers. *New-York medical Journal*, 14 juin 19, p. 1032.
- Zieler.** Auszergeschichtliche syphilitische Ansteckung bei Heeresangehörigen und Dienstbeschädigung. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 19, n° 13.

SYPHILIS

(Traitement) 1919 — 21

- Bartel.** Urticaire consécutive à des injections de novarsénobenzol; immédiate et d'intensité proportionnelle aux doses injectées. *A. d. D.*, déc. 19, p. 471.
- Buschke.** Fall von Salvarsanexanthem. *Berliner Dermatologische Gesellschaft*, 13 mai 19.

SYPHILIS

(Traitement) 1919 — 22

- Dreyfuss.** Silbersalvarsan beiluetischen Erkrankungen des Nervensystems. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 19, n° 31.
- Dreyfus.** Spirillotonische und arsenotonische zerebrale Reaktionen nach Salvarsan. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 19, n° 48.
- Eillersglett.** Ueber das Auftreten von Ikterus und akuter gelber Leberatrophie bei Syphilitikern im Anschluss an Neosalvarsanbehandlung. *Zeitschrift für Klinische Medizin*, 19, fasc. 5 et 6.
- Gassul.** Neuritische Radialislähmung nach einer extravenösen Neosalvarsaninjektion. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 19, n° 25.
- Gonnerich.** Kriegserfahrungen in der Luesbehandlung unter besonderer Berücksichtigung der Silbersalvarsan. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 19, n° 32 et 33.
- Hauck.** Die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvarsannatrium. *Medizinische Klinik*, 19, n° 23.
- Heller.** Erwiderung auf die Bemerkung Karl Zieler zu meiner Arbeit: « Schwere Arsemelanose und Hyperkeratose nach Neosalvarsan einspritzungen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 19, n° 23.
- Hoffmann.** Ueber einen Todesfall nach Silbersalvarsan. *D. Z.*, mai 19.
- Hoffmann.** Notwendige Sicherungen der biologischen Frühdiagnose der Syphilis und Bemerkungen zur Salvarsantherapie. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 19, n° 36.
- Hoppe.** Ueber Silbersalvarsannatrium. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 19, n° 48.
- Katzenstein.** Leitungswasser zur intravenösen Neosalvarsaneinspritzung. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 19, n° 47.
- Leonard.** Severe dermatitis during treatment with novarsenobillon. *British medical Journal*, 13 déc. 19, p. 773.
- Lesser.** Abortivheilung der syphilis durch zwei bis drei Neosalvarsaninjektionen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 19, n° 38.
- Leven.** Zur Frühbehandlung der syphilis. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 19, n° 31.
- Mehrtens et Mac Arthur.** Therapy of neurosyphilis judged by arsenic penetration of meninges; methods of treating neurosyphilis. *Archives of Neurology and Psychiatry*, Chicago, oct. 19, p. 369.
- Millan.** L'érythème arsenical oedémateux desquamatif. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 déc. 19, p. 1035.
- Moos et Warstat.** Die Behandlung der syphilis der Zentralnervensystems mit epiduralen Salvarsaninjektionen. *D. Z.*, mai 19.

EAUX MINÉRALES, SULFUREUSES ET SALINES

URIA GE

(ISÈRE)

L'eau d'Uriage réunit les principes des **eaux sulfureuses énergiques**, ceux des **eaux chlorurées sodiques fortes** et ceux des **eaux sulfatées purgatives**, qu'on ne trouve en général que séparés. *C'est une eau sulfureuse purgative*, et à ce titre, elle présente des avantages dont l'importance ne saurait échapper à personne.

Analyse par M. LEFORT

Membre de l'Académie de médecine.

Un litre d'eau d'Uriage contient :

Azote à 0 degré et à	760mm	19cc,5	
Acide carbonique libre		2	ou 0,0062
— sulfhydrique.		3,443	ou 0,0018
Chlorure de sodium			0,0569
— de potassium			0,4088
— de lithium			0,0073
— de rubidium			
Iodure de sodium.			impondérable
Sulfate de chaux			1,5205
— de magnésie			0,6048
— de soude			1,1875
Bicarbonat de soude.			0,5555
Hyposulfite de soude			indices
Arséniate de soude			0,0021
Sulfure de fer			impondérable
Silice.			0,0790
Matière organique.			indices
			<hr/> 10,4262

L'eau d'Uriage est employée avec le plus grand succès contre le **lymphatisme**, la **scrofule**, les **maladies de la peau**, les suites de la **syphilis**, les **affections rhumatismales**, l'**anémie**, etc.

L'eau d'Uriage, se conservant parfaitement, peut être utilisée à domicile, soit comme eau purgative, soit à dose altérante, soit enfin pour l'usage externe : pulvérisation, lotions, etc.

L'EAU MINÉRALE D'URIAGE se vend : Dans toutes les succursales de la Compagnie de Vichy, et chez les principaux marchands d'Eaux minérales et Pharmaciens de France et de l'Étranger.

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES (Suite)

SYPHILIS

(Traitement) 1919 — 22

Niculesco. Réactions congestives de foyer provoquées par les médicaments iodés (réaction de Herzheimer). *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Bucarest*, 10 avril 19.

Neilton. Silbersalvaran. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 19, n° 36.

Pinkus. Ueber die Behandlung der syphilis mit Salvaran. 3. Die zeit nach dem Entstehen einer durch spirochätennachweis erkennbaren syphilitischen Initialsklerose. *Medizinische Klinik*, 19, n° 24.

Pinkus. Ueber die Behandlung der syphilis mit Salvaran. 4. Technik der intravenösen Injektionen. *Medizinische Klinik*, 19, n° 31.

Pinkus. Die Behandlung der Syphilis mit Salvaran. *Medizinische Klinik*, 19, n° 36 et 45.

Rüll und Frühwald. Die Behandlung der Syphilis mit Silbersalvaran. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 19, n° 43.

Sakonoul. Ueber die Wirkung des Ermiels, eines neuen antiluetischen Quecksilberpräparates. *Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie*, mai 19.

Sherber. Mitteilung über die Therapie der Syphilis und die Anwendung des Quecksilberpräparates Novasurol. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 19, n° 11.

Simon et Gastinel. Evolution des réactions sérologiques au cours des chancres syphilitiques traités. *B. S. f. D.*, 13 mars 19, p. 63.

Stern. Die Technik der Silbersalvaraninjektion. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 19, n° 48.

Waters. Treatment of syphilis; Wassermann reaction thereafter. *Indian medical Gazette*, août 19, p. 290.

SYPHILIS DE LA BOUCHE

1919 — 1

Guttmann. Die syphilis mit besonderer Berücksichtigung ihrer Erscheinungen im Munde. H. Meuszer, Berlin, 19.

Scott et Pearson. Recurrence of oral syphilitic lesions during treatment with mercury. *Journal of the American medical Association*, 12 avril 19, p. 1064.

Weinberger. Syphilis of mouth and pharynx. *Pennsylvania medical Journal*, sept. 19, p. 805.

SYPHILIS DU CŒUR

1919 — 1

Benitez. Syphilis du cœur. *Revista de Medicina y Cirugia*, Caracas, 31 mai 19, p. 301.

Du Castel. Les épreuves cardiaques au cours de la syphilis secondaire. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 janv. 19, p. 31.

Du Castel. Les arythmies de la syphilis secondaire. *Annales des Maladies Vénériennes*, mai 19, p. 263.

Letulle. Péricardite syphilitique. *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, 19, n° 10, p. 402.

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

1919 — 1

Azémar et Lacapère. Trois cas de syphilis de l'estomac. *Paris médical*, 5 avril 19, p. 287.

Bard. Du diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, janv. 19.

Bensaude et Rivet. Syphilis de l'estomac. *Presse médicale*, 25 oct. 19, p. 621.

Galliard et Mendelssohn. Un cas de syphilis gastrique. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 juillet 19, p. 551.

Galliard et Mendelssohn. Un cas de syphilis gastrique. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 16 mai 19, p. 552.

Lignac. Syphilis de l'estomac. *Nederlandsch Tijdschrift v. Geneeskunde*, 8 nov. 19, p. 1441.

Morris. Syphilis of stomach, report of case. *New-York medical Journal*, 10 mai 19, p. 807.

Ramond. A propos d'un cas de syphilis de l'estomac. *Progrès médical*, 4 janv. 20, p. 7.

Sousa Babo (A. de). Quelques observations de gastropathies syphilitiques. *Portugal medico*, fév. 19.

Suermondt. Cas de syphilis gastrique. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 11 oct. 19, p. 1076.

SYPHILIS DU FOIE

1919 — 1

Courtois-Suffit et Giroux. Cirrhose du foie avec ascite. Péritonite syphilitique suivie de guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 janv. 19, p. 35.

Delbanco. Mann mit chronischem Ascitis. Syphilitische Leberzirrhose. *Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona*, 17 déc. 19.

FICHES BIBLIOGRAPHIQUES (Suite)

SYPHILIS DE L'INTESTIN

1919 — 1

- Du Castel.** Syphilis hépatique, périhépatite et complications de voisinage. *Annales des Maladies Vénériennes*, mars 19, p. 129.
- Escudero.** Colique hépatique syphilitique. *Plus Ultra*, juillet 19, p. 40.
- Hernando.** Périhépatite syphilitique. *Archivos espanoles de Enf. del Ap. digestivo*, mars 19, p. 145.
- Letulle.** La peritonite sifilitica, causa frequente dell' ascite nelle cirrosi del fegato. *Il Policlinico (sezione pratica)*, 23 fév. 19, p. 231.
- Letulle.** Coup d'œil d'ensemble sur la syphilis viscérale. *Société de Médecine de Paris*, 25 oct. 19.
- Letulle.** Aperçu sur les lésions de la syphilis viscérale. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, 14 nov. 19, p. 72.

SYPHILIS DE L'INTESTIN

1919 — 1

- Balaro.** Péricolite tuberculeuse chez un syphilitique. *Prensa medica argentina*, 10 mai 19, p. 340.
- Boas et Wissing.** La syphilis dans l'otologie de l'appendicite. *Hospitalshende*, 4 juin 19, p. 709.
- Brown et Gaither.** Syphilis of digestive tract. *American Journal of Syphilis*, juillet 19, p. 376.
- Drueck.** Syphilis of rectum and anus. *Illinois medical Journal*, avril 19, p. 197.
- Liser.** Chronic diarrhea probably due to syphilis. *American Journal of Syphilis*, oct. 19, p. 594.
- Peugniez.** Ulcération syphilitique de la vessie et du rectum ayant fait communiquer les deux réservoirs. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 28 oct. 19, p. 241.
- Ribeiro.** Caso de syphilis intestinal. *Reuniao de Clinica Dermatologica de Bello Horizonte*, 10 avril 19. *Archivos mineiros de Dermato-syphiligraphia*, mai 19, p. 3.
- Vecchi.** (Del. Contributo allo studio della sifilide viscerale congenita, sifilide dello stomaco, intestino, pancreas, fegato *G. I. M. V.*, 19, n° 6, p. 190.

SYPHILIS DE LA LANGUE

1919 — 1

- Goubeau.** Syphilides pigmentaires de la langue. *B. S. f. D.*, 13 mars 19, p. 80.

SYPHILIS DES MUSCLES

1919 — 1

- Aleixo.** Contractura bicipital da syphilis secundaria e 914 6ª *Reuniao Dermatologica de Bello Horizonte*, 29 août 19. *Archivos mineiros de Dermato-syphiligraphia*, sept. 19, p. 40.

SYPHILIS DES MUSCLES

1919 — 1

- Orsini.** Contractura bicipital na syphilis terciaria. 9ª *Reuniao Dermatologica de Bello Horizonte*, 31 oct. 19. *Archivos mineiros de Dermato-syphiligraphia*, nov. 19, p. 67.

SYPHILIS DU NEZ

1919 — 1

- Graham.** Frequent but neglected evidences of syphilis from side of nose, accessory sinuses, and ear. *American Journal of syphilis*, janv. 19, p. 26.
- Mounier.** Epistaxis incoercible par gomme méconnue. *Annales des Maladies Vénériennes*, juillet 19, p. 405.
- Salinger.** Tertiary syphilis of nose und throat. *Illinois medical Journal*, mars 19, p. 126.

SYPHILIS DE L'ŒIL

1919 — 1

- Brav.** Syphilitic ocular affections. *New-York medical Journal*, 29 nov. 19, p. 889.
- Early.** Syphilis and its relation to diseases of eye. *Oklahoma state med. Ass. Journal*, juin 19, p. 157.
- Greene.** Syphilis of eye, acquired form. *American Journal of syphilis*, avril 19, p. 215.
- Igersheimer.** Syphilis und Auge. Springer edit., Berlin, 19.

SYPHILIS DE L'OREILLE

1919 — 1

- Masip.** Otopathies et surdités d'origine syphilitique. *Revista de Ciencias medicas de Barcelona*, janv. 19.
- Pansardi.** Syphilis das voies aériennes supérieures et de l'oreille. *Revista medico-chirurgica do Brasil*, avril 19, p. 109.

SYPHILIS DES ORGANES GÉNITAUX

1919 — 1

- Gallagher.** Syphilitic induration of the vulva: report of two cases. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Chicago, mai 19, p. 482.
- Lebreton.** Un cas de syphilis du testicule. *XIX^e Congrès d'Urologie*, Paris, 6-11 oct. 19.
- Michelson.** Syphilis of the epididymitis. *Journal of the American medical Association*, 8 nov. 19, p. 1431.

ALBUPLAST VIGIER

(DÉPOSÉ)

SPARADRAP BLANC CAOUTCHOUTÉ A L'OXYDE DE ZINC (ZnO)

Stérilisé, adhésif, n'irritant jamais la peau.

SPARADRAP CAOUTCHOUTÉ SIMPLE

Stérilisé, adhésif, remplaçant l'ancien sparadrap Diachylum.

Ces deux sparadraps sont adoptés par le corps médical pour les pansements des plaies, les bandages de corps, la consolidation des fractures, l'élongation des membres, etc.

Ils sont délivrés :

En rouleaux de 1, 2 et 5 mètres \times 0,20 ;

Bandes de 1 mètre \times 1, 2, 3, 4, 5 centimètres ;

Bandes sur bobines de 5 mètres \times 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 centimètres.

Pharmacie VIGIER-HUERRE, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.

TRAITEMENT DES DERMATOSES ET DES ALOPÉCIES

par le

THIORICINOL VIGIER

Soufre combiné soluble

Pharmacie VIGIER-HUERRE, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.

LA NÉOLYSE

Préparation à Base de Sels de Magnésie

CONTRE LE CANCER

1° En cachets de 50 centigr. — Boîtes de 60 cachets.

2° Injectable — A l'état colloïdal en ampoules de 2 cc. — Boîtes de 4 ampoules.

Les prospectus insérés dans chaque boîte sont rédigés de manière à renseigner le moins possible le malade sur l'affection réelle pour laquelle la Néolyse est prescrite.

Le mot « Cancer » n'y figure pas.

Dépôt : L. CLÉMENT, 156, Avenue Victor-Hugo, PARIS 16°

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS. — VI^e ARR.

NOUVEAU TRAITÉ DE MÉDECINE

Par H. ROGER, F. WIDAL, P. TEISSIER

Vient de paraître :

FASCICULE I. — *Maladies infectieuses*

1 volume de 482 pages, 55 figures, 3 planches en couleurs

35 fr. net

(ZnO)

e corpi

RIS.

S

3.

3.

is

net

LE

Salvatyl

tient à la disposition de MM. les Médecins :
des échantillons de son nouveau modèle de

NÉCESSAIRE PROPHYLACTIQUE

INDIVIDUEL

DE POCHE

INSTRUMENTATION ET TECHNIQUE SIMPLIFIÉES

PRIX DÉMOCRATIQUE

Le « SALVATYL »

24, Rue de Ponthieu, PARIS (8^e)



VACCINS ATOXIQUES STABILISÉS

DMÉGON

VACCIN ANTIGONOCOCCIQUE CURATIF

TRAITEMENT RATIONNEL DE LA BLENNORRHOÏE

ET DE SES COMPLICATIONS

S'EMPLOIE EN INOCULATIONS SOUS-CUTANÉES

Ne nécessite aucune interruption dans les occupations du malade

PRIX: Boite de 1 dose: F^{rs} 3. — Boite de 6 doses: F^{rs} 15

LES ÉTABLISSEMENTS POULENC FRÈRES
92, Rue Vieille-du-Temple, PARIS.

PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Réalisation de la forme la plus efficace de la Médication Phosphorée: Épuisement, Faiblesse, Système nerveux, Anémie. — Un cachet à déjeuner et dîner. — 130, Boul' Haussmann, Paris.

VALERIANE liquide de L. PACHAUT

La plus efficace des Préparations de Valériane. — La plus facilement acceptée par les Malades. — DE 1 A 4 GUILLEMERES A CAFÉ PAR JOUR. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.



OUATAPLASME

du Docteur **Ed. LANGLEBERT**

Adopté par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies

Pansement émollient aseptique instantané

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau:

ABCÈS
FURONCLES
PHLEGMONS

ANTHRAX
PANARIS
BRULURES

PLAIES VARIQUEUSES
ECZEMAS
PHLEBITES

GERÇURES du SEIN
MALADIES de la PEAU
CHIRURGIE OCULAIRE

VENTE EN GROS: 10, Rue Pierre Ducreux, PARIS et toutes Pharmacies.

SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS



T
F

T
F

ne
Y
TA
IR